RENCANA AKSI NASIONAL

PELAYANAN KELUARGA BERENCANA

2014-2015

DIREKTORAT JENDERAL BINA GIZI DAN KESEHATAN IBU DAN ANAK
2013

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

613.94
Ind
r

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat
Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak
Rencana aksi nasional pelayanan keluarga berencana tahun 2014-2015.— Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2013

ISBN 978-602-235-455-0

1. Judul I. FAMILY PLANNING
II. BIRTH CONTROL III. NATIONAL HEALTH PROGRAM

RENCANA AKSI NASIONAL PELAYANAN KELUARGA BERENCANA 2014-2015

DIREKTORAT JENDERAL BINA GIZI DAN KESEHATAN IBU DAN ANAK
2013

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala Rahmat dan RidhoNya, Rencana Aksi Nasional Pelayanan Keluarga Berencana (RAN Pelayanan KB) 2014-2015 ini dapat diselesaikan pada waktunya. RAN ini disusun bersama-sama dengan BKKBN dan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat, pakar serta badan donor yang terkait dengan penguatan pelayanan KB di Indonesia.

Meningkatkan kesehatan ibu dengan menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) melalui Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan merupakan tujuan yang akan dicapai dalam Goal 5a. Selain persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, perlu didukung pula dengan meningkatnya universal akses kesehatan reproduksi yang tertuang dalam Goal 5b yang meliputi cakupan kesertaan KB aktif atau *Contraceptive Prevalence Rate (CPR*), cakupan antenatal sesuai standar, Angka Kelahiran pada Remaja atau *Age Specific Fertility Rate (ASFR)* dan *unmet need*. Dalam rangka pencapaian goal MDG 5 perlu dilakukan upaya–upaya dalam percepatannya, salah satunya adalah dengan tersusunnya Rencana Aksi Nasional Pelayanan KB 2014-2015 yang bekerja sama dengan BKKBN serta lintas program dan sektor terkait.

Buku ini berisikan tentang kebijakan percepatan pencapaian target pelayanan KB, analisis situasi pelayanan KB, RAN Pelayanan KB serta pemantauan dan evaluasinya. Dengan diterbitkannya buku ini, diharapkan dapat memberikan arah yang jelas bagi pengelola program KB di tingkat pusat dan daerah. Terima kasih kepada semua pihak yang berkontribusi dalam penyusunan RAN ini, kepada BKKBN, konsultan dalam penulisan RAN serta lintas program dan sektor terkait. Disadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu semua masukan dan saran yang bermanfaat untuk penyempurnaan RAN ini masih sangat kami harapkan.

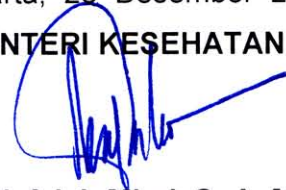
Plt. Direktur Jenderal Bina Gizi dan KIA
Kementerian Kesehatan RI

Prof. Dr. dr. Akmal Taher, SpU (K)

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

SAMBUTAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Hasil SDKI 2012 menunjukkan bahwa Angka Kematian Ibu masih tinggi, yaitu 359 per 100.000 kelahiran hidup. Seringnya ditemukan *4 Terlalu* (terlalu muda, terlalu tua, terlalu dekat jarak antar kelahiran dan terlalu banyak anak yang dilahirkan), merupakan salah satu faktor yang berperan dalam terjadinya kematian ibu.

Penguatan pelayanan Keluarga Berencana merupakan salah satu upaya penting guna mendukung percepatan penurunan Angka Kematian Ibu dengan mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan kehamilan dengan *4 Terlalu*. Data menunjukkan bahwa cakupan kesertaan KB aktif atau *Contraceptive Prevalence Rate* hanya meningkat 0,5% dari 57,4% (SDKI 2012) menjadi 57,9%, *unmet need* hanya menurun 0,6% dari 9,1% (SDKI 2007) menjadi 8,5% (SDKI 2012) dan angka kelahiran pada remaja atau *Age Specific Fertility Rate* 15-19 masih tinggi, yaitu 48/ 1000 perempuan usia 15-19 tahun. Belum optimalnya pencapaian indikator-indikator tersebut berkontribusi pada stagnannya *Total Fertility Rate* dan berdampak pada tingginya Angka Kematian Ibu di Indonesia.

Upaya intervensi untuk penguatan KB telah dilakukan dari hulu, yaitu melalui pendidikan kesehatan reproduksi pada remaja, konseling dan pelayanan KB pada calon pengantin serta dan Pasangan Usia Subur. Upaya terobosan dalam percepatan penurunan Angka Kematian Ibu dimuat dalam *Rencana Aksi Nasional Pelayanan Keluarga Berencana 2014 -2015*. Rencana Aksi ini disusun bersama BKKBN, akademisi, organisasi profesi, lintas program, dan lintas sektor terkait.

Saya menyampaikan apresiasi kepada semua pihak yang telah berperan dalam penyusunan dan penerbitan Rencana Aksi Nasional Pelayanan KB 2014-2015 ini. Saya berharap Rencana Aksi ini bermanfaat bagi pelaksana program KB di Tingkat Pusat dan Tingkat Daerah, institusi pemerintah, swasta, serta semua pihak yang terkait dengan program KB.

Semoga upaya kita untuk menurunkan Angka Kematian Ibu dan *Total Fertility Rate* guna meningkatkan kesehatan ibu dan mewujudkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia yang setinggi-tingginya dapat tercapai.

Jakarta, 23 Desember 2013

MENTERI KESEHATAN RI

dr. Nafsiah Mboi, SpA, MPH

DAFTAR ISI

DAFTAR SINGKATAN

AKDR	Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
AKI	Angka Kematian Ibu
Alokon	Alat dan obat kontrasepsi
ASFR	*Age Specific Fertility Rate*
Bappenas	Badan Perencana Pembangunan Nasional
BKIA	Balai Kesehatan Ibu dan Anak
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPM	Bidan Praktik Mandiri
BPS	Badan Pusat Statistik
CPR	*Contraceptive Prevalence Rate*
DTPK	Daerah Tertinggal Terpencil Perbatasan dan Kepulauan
HDK	Hipertensi Dalam Kehamilan
Jampersal	Jaminan Persalinan
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
KB	Keluarga Berencana
KKB	Kependudukan dan Keluarga Berencana
KIE	Komunikasi, Informasi dan Edukasi
KTD	Kehamilan yang Tidak Dikehendaki
LPP	Laju Pertumbuhan Penduduk
MDGs	*Millennium Development Goals*
MKJP	Metode Kontrasepsi Jangka Panjang
MOP	Metode Operasi Pria
MOW	Metode Operasi Wanita
NRR	*Net Reproductive Rate*
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
Risfaskes	Riset Fasilitas Kesehatan
P4K	Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PKPR	Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
PKRT	Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu
Polindes	Pondok Bersalin Desa
PPB	Perdarahan Pasca Bersalin
RS	Rumah Sakit
RSB	Rumah Sakit Bersalin
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu
PUS	Pasangan Usia Subur
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu
PUP	Pendewasaan Usia Perkawinan
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RPJPN	Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional
SD	Sekolah Dasar
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SDM	Sumber Daya Manusia
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SMA	Sekolah Menengah Atas
SMP	Sekolah Menengah Pertama
SP	Sensus Penduduk
TFR	*Total Fertility Rate*
TNI	Tentara Nasional Indonesia

DAFTAR ISTILAH

Age Specific Fertility Rate [ASFR]	Jumlah kelahiran menurut umur pada wanita pada kelompok umur tertentu (i.e. 15-49 tahun)
Angka Kematian Ibu [AKI]	Kematian seorang wanita yang terjadi selama kehamilan sampai dengan 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa memperhatikan lama dan tempat terjadinya kehamilan, yang disebabkan oleh atau dipicu oleh kehamilannya atau penanganan kehamilannya, tetapi bukan karena kecelakaan
Contraceptive Prevalence Rate [CPR]	Angka yang menunjukkan banyaknya PUS yang sedang memakai kontrasepsi pada saat pencacahan dibandingkan dengan seluruh PUS.
Unmet need	Proporsi wanita usia subur yang menikah atau hidup bersama (seksual aktif) yang tidak ingin punya anak lagi atau yang ingin menjarangkan kehamilan, tetapi tidak menggunakan alat atau cara kontrasepsi
Net Reproductive Rate (NRR)	Rata-rata jumlah anak perempuan yang dilahirkan oleh seorang perempuan selama hayatnya dan akan tetap hidup sampai dapat menggantikan kedudukan ibunya.

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

BAB.1 Pendahuluan

1. 1 LATAR BELAKANG

Mewujudkan derajat Kesehatan Ibu yang setinggi-tingginya adalah salah satu agenda pembangunan yang tercakup dalam Tujuan Pembangunan Milenium (*Millenium Development Goals (MDGs*). Target 5a MDGs menyatakan sasaran untuk mengurangi tiga per empat Angka Kematian Ibu (AKI) dalam kurun waktu 1990 sampai 2015, sementara Target 5b adalah tercapainya akses universal terhadap layanan Kesehatan Reproduksi. Ada 4 parameter yang digunakan untuk menilai akses terhadap layanan Kesehatan Reproduksi, yaitu Kesertaan Aktif Keluarga Berencana (*Contraceptive Prevalence Rate,CPR*), Tingkat Kelahiran pada Remaja pada remaja perempuan usia 15-19 tahun (*Age Specific Fertility Rate*, ASFR usia 15-19 tahun), Cakupan Pelayanan Antenatal, dan *unmet need*.

Untuk memenuhi komitmen internasional dalam mencapai target MDGs pada tahun 2015, Pemerintah Republik Indonesia merencanakan dan melaksanakan upaya pembangunan secara bertahap dan berkesinambungan yang dituangkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2010-2014. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2012 menunjukkan bahwa hasil pembangunan yang telah dicapai masih relatif jauh dari target yang ditetapkan, baik target RPJMN tahun 2010-2014 maupun target MDGs tahun 2015.

Tabel berikut ini menyajikan target pembangunan Kesehatan Ibu dan hasil yang telah dicapai sampai tahun 2012. Dengan sisa waktu 2 tahun, dibutuhkan upaya khusus yang sungguh-sungguh untuk mendekati pencapaian target MDGs pada tahun 2015.

Tabel 1.1
Target and Pencapaian Pembangunan
Bidang Kesehatan Ibu di Indonesia

Indikator	Acuan Dasar Tahun 1991	Target RP-JMN Tahun 2014	Target MDGs Tahun 2015	Pencapaian Tahun2012
5.1. AKI (per 100,000 kelahiran hidup)	390	118	102	359 (SDKI 2012)
5.2. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih	40,70%	90%	90%	83,1% (SDKI 2012)
5.3.a. CPR pada perempuan menikah usia 15-49 tahun, saat ini, semua cara	49,7%	–	66%	61,9% (SDKI 2012)
5.3.b. CPRpada perempuan menikah usia 15-49 tahun, saat ini, cara modern	47,0%	60,1%**)	65%	57,9% (SDKI 2012)
5.4. ASFR *) usia 15-19 tahun (per 1000 remaja perempuan usia 15-19 tahun)	67	30	30	48 (SDKI 2012)
5.5. Cakupan pelayanan antenatal				
– 1 kunjungan	75%	95%	95%	95,7% (SDKI 2012)
– 4 kunjungan	56 %	90%	90 %	73,5% (SDKI 2012)
5.6 *Unmet need*	12,7%	6,5% **)	5%	8,5% (SDKI 2012)

Keterangan:
*) ASFR = *Age Specific Fertility Rate*
**) Target disesuaikan berdasarkan dokumentasi kesepakatan tiga pihak, RKP 2014 dan Pagu Indikatif TA 2014; Kementerian PPN/Bappenas, Kementerian Keuangan dan BKKBN

AKI adalah indikator dampak dari berbagai upaya yang ditujukan untuk meningkatkan derajat Kesehatan Ibu. Kematian ibu tidak akan terjadi tanpa adanya kehamilan. Oleh karena itu kehamilan merupakan determinan proksi dari kematian ibu, di samping komplikasi kehamilan dan persalinan. Untuk menurunkan kejadian kematian ibu, kehamilan perlu diatur sedemikian rupa sehingga tidak terjadi pada kondisi yang berisiko tinggi untuk mengalami komplikasi. Kehamilan, misalnya, seharusnya tidak terjadi pada kondisi "4 Terlalu", yaitu terlalu muda, terlalu sering, terlalu banyak dan terlalu tua. Dalam konteks inilah Program Kependudukan dan Keluarga Berencana (Program KKB) dan khususnya Pelayanan Keluarga Berencana memiliki peran penting. Dari 6 indikator Kesehatan Ibu yang menjadi target RPJMN Tahun 2010-2014 maupun MDGs Tahun 2015, dua diantaranya berkaitan dengan Pelayanan KB, yaitu CPR dan *unmet need*. Hasil SDKI 2012 menunjukkan bahwa pencapaian kedua indikator tersebut juga masih jauh dari yang diharapkan.

Banyak hal yang menyebabkan pencapaian Pelayanan KB belum sesuai harapan. Salah satunya adalah berkurangnya jumlah petugas lapangan KB Berencana sehingga menyebabkan pembinaan kesertaan ber-KB menjadi terbatas, jangkauan Pelayanan KB tidak merata, dan belum optimalnya kualitas Pelayanan KB. Kegiatan advokasi untuk memberikan pemahaman tentang pentingnya KB kepada berbagai pemangku kepentingan juga belum menghasilkan komitmen yang kuat untuk mendukung penyelenggaraan Pelayanan KB. Selain itu kegiatan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) yang dilakukan kepada masyarakat belum mampu mengubah nilai tentang jumlah anak ideal yang diinginkan maupun perilaku masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kontrasepsi sesuai kebutuhan.

Melemahnya struktur organisasi dan menurunnya ketersediaan sumber daya untuk Program KKB di daerah pada gilirannya mengakibatkan menurunnya kinerja Program KKB. Kegiatan advokasi, KIE dan konseling tidak dilaksanakan sebagaimana seharusnya, sehingga terjadi perubahan nilai pada masyarakat tentang jumlah anak ideal, yang kemudian menyebabkan menurunnya permintaan terhadap Pelayanan KB. Melemahnya kegiatan advokasi juga menyebabkan menurunnya dukungan dan partisipasi berbagai pemangku kepentingan terhadap penyelenggaraan Pelayanan KB. Perlu dilakukan langkah-langkah terobosan yang tajam untuk memperbaiki situasi ini. Di satu sisi, penyediaan Pelayanan KB perlu ditingkatkan ketersediaan, keterjangkauan dan kualitasnya, sementara di sisi lain permintaan masyarakat akan Pelayanan KB juga perlu ditingkatkan.

Pada tahun 2014 akan dilaksanakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai pemenuhan amanat Undang-undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan menyatakan bahwa manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi dasar, KB dan skrining kesehatan. Ditegaskan bahwa Pelayanan KB yang dijamin meliputi konseling, kontrasepsi

dasar, vasektomi dan tubektomi. Pelayanan yang dimaksud diselenggarakan bekerja sama dengan lembaga yang membidangi KB. Mengacu pada Permenkes No 71 tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

Rencana Aksi Nasional Pelayanan Keluarga Berencana Tahun 2014-2015 (RAN Pelayanan KB) ini disusun untuk memberikan arah dan landasan bagi pengembangan berbagai upaya yang ditujukan untuk memperkuat sisi penyedia maupun pengguna Pelayanan KB. Penyusunan RAN Pelayanan KB dilakukan searah dengan Rencana Aksi Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu di Indonesia. RAN Pelayanan KB ini juga diharapkan dapat memperkuat kerja sama lintas program maupun lintas sektor dalam mendukung penyelenggaraan Pelayanan KB. Pada gilirannya, adanya RAN Pelayanan KB diharapkan dapat mendorong percepatan pencapaian target MDGs, yaitu penurunan AKI dan terselenggaranya akses universal terhadap pelayanan Kesehatan Reproduksi.

1. 2 Tujuan

Tujuan Umum

RAN Pelayanan KB ini disusun sebagai acuan untuk memperkuat Pelayanan KB guna mendukung upaya percepatan pencapaian target MDGs, meningkatkan kesehatan ibu dan akses universal terhadap pelayanan kesehatan reproduksi.

Tujuan Khusus

1. Tersedianya acuan untuk mengembangkan dan melaksanakan berbagai kegiatan untuk mempercepat pencapaian target Pelayanan KB.

2. Tersedianya bahan advokasi untuk memperoleh dukungan dari berbagai pemangku kepentingan terkait.

3. Terjadinya sinergitas kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan oleh berbagai pemangku kepentingan dalam memperkuat Pelayanan KB.

1. 3 Landasan Hukum

Berikut ini adalah peraturan perundang-undangan menjadi dasar pelaksanaan Program KKB dan penyelenggaraan Pelayanan KB pada berbagai tingkat administratif:

1. Undang-undang Republik Indonesia No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
3. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga
4. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang NasionalTahun 2005-2025.
5. Undang-undang Republik Indonesia No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
6. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintahan Pusat dan Pemerintahan Daerah.
7. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
8. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
9. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.
10. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
11. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.
12. Peraturan Presiden No. 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional.
13. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota
14. Instruksi Presiden Nomor 2A Tahun 2012 tentang Strategi dan Kegiatan dalam Upaya Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu
15. Instruksi Presiden Nomor 2A Tahun 2011 tentang Pencapaian Target Millenium Development Goals.
16. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 71 tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2013 tentang Kriteria Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
18. Peraturan Kepala BKKBN Nomor 249/PER/E1/2011 tentang Kebijakan Penyediaan Alat dan Obat Kontrasepsi dalam Program Kependudukan dan Keluarga Berencana

19. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.
20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 758/Menkes/SK/IV/2011 tentang Penetapan Kabupaten, Kecamatan dan Puskesmas di Perbatasan Darat dan Pulau-pulau Kecil Terluar Berpenduduk yang menjadi Sasaran Prioritas Nasional Program Pelayanan Kesehatan di DTPK TA 2010 – 2014
21. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK. 03.01/160/I/2010 tentang Rencana Strategis Tahun 2010-2014.
22. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat.
23. Peraturan Kepala Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Nomor 143/HK-010/B5/2009 tentang Pedoman Jaminan dan Pelayanan Keluarga Berencana.

1.4. Sasaran

RAN Pelayanan KB ini merupakan dokumen yang dapat digunakan oleh berbagai pemangku kepentingan untuk mengembangkan kegiatan dalam mendukung penyelenggaraan Pelayanan KB. Berikut ini adalah pihak-pihak yang diharapkan menggunakan dokumen ini:

1. Kementerian dan lembaga di tingkat Pusat yang berkepentingan dengan Pelayanan KB.

2. Lembaga di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota yang berkepentingan dengan Pelayanan KB.

3. Badan-badan dan organisasi non-pemerintah baik di tingkat pusat maupun daerah yang berkepentingan dengan Pelayanan KB.

4. Lembaga-lembaga Swadaya Masyarakat baik di tingkat pusat maupun daerah yang berkepentingan dengan Pelayanan KB.

5. Lembaga-lembaga mitra pembangunan, baik yang bertaraf internasional, nasional maupun lokal di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

BAB 2. KEBIJAKAN RENCANA AKSI NASIONAL PELAYANAN KELUARGA BERENCANA

2.1. Konsep Pelayanan Keluarga Berencana

2.1.1. Tujuan Program Kependudukan dan Keluarga Berencana

Pelayanan KB yang berkualitas dan merata memiliki kedudukan yang strategis, yaitu sebagai bagian dari upaya komprehensif untuk menurunkan AKI dan sebagai bagian dari Program KKB. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada Pasal 78 menyatakan bahwa pelayanan kesehatan dalam KB dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas dan pemerintah bertanggung jawab dan menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas pelayanan, alat dan obat dalam memberikan Pelayanan KB yang aman, bermutu dan terjangkau oleh masyarakat.

Sejalan dengan ketentuan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan tersebut, Undang-undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Pasal 1 menyebutkan bahwa KB adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak-hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga berkualitas. Disebutkan pula bahwa suami dan isteri mempunyai kedudukan, hak dan kewajiban yang sama dalam melaksanakan KB dan bahwa dalam menentukan cara KB pemerintah wajib menyediakan bantuan pelayanan kontrasepsi bagi suami dan isteri.

2.1.2. Pendekatan *Life Cycle* dan Prinsip *Continuum of Care*

Pelayanan KB adalah bagian dari implementasi pendekatan siklus hidup dan *prinsip continuum* of care dalam upaya peningkatan derajat Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Peningkatan akses dan kualitas Pelayanan KIA dimulai sejak remaja, wanita usia subur hingga masa pra-hamil, kehamilan, persalinan dan nifas, bayi, dan Balita.

Pelayanan KB adalah salah satu bentuk upaya kesehatan promotif dan preventif perorangan. Implementasi pendekatan *life cycle* dan prinsip *continuum of care* dalam Pelayanan KB terlihat dari jenis pelayanan dan sasaran yang dituju. Pelayanan KB mulai diberikan kepada remaja berupa pemberian informasi tentang Kesehatan Reproduksi yang terintegrasi dalam Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Untuk calon pengantin, pelayanan KB diberikan dalam bentuk pemberian informasi sebagai bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi. Pelayanan KB kepada ibu hamil diberikan terintegrasi dengan pelayanan antenatal dalam bentuk konseling KB pasca-persalinan, penggunaan Buku KIA, Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), maupun pemberian informasi dalam Kelas Ibu Hamil. Apabila setelah melahirkan seorang ibu belum menggunakan kontrasepsi, maka pada saat memberikan pelayanan nifas petugas kesehatan dapat melakukan konseling KB pasca-persalinan dan pelayanan KB pasca-persalinan. Untuk PUS yang tidak sedang hamil Pelayanan KB diberikan dalam bentuk konseling dan pelayanan KB dengan tujuan merencanakan dan menjarangkan atau membatasi kehamilan.

Mencermati berbagai permasalahan pada remaja, termasuk masalah perilaku berisiko yang turut berkontribusi pada kejadian kematian ibu, Kementerian Kesehatan mengembangkan Program Kesehatan Remaja dengan pendekatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Pendekatan ini telah diperkenalkan di Indonesia sejak tahun 2003, dan hingga akhir tahun 2012 dilaporkan 3191 Puskesmas telah mampu laksana PKPR. Dari 497 kabupaten/kota di Indonesia sebanyak 386 (77,67%) telah memiliki minimal 4 Puskesmas mampu laksana PKPR. Puskesmas mampu laksana PKPR menyelenggarakan pelayanan komprehensif bagi remaja yang mencakup antara lain (1) pelayanan kesehatan reproduksi remaja; (2) pelayanan gizi; (3) pelayanan kesehatan jiwa remaja; (4) pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif (NAPZA);(5) deteksi dan manajemen kekerasan terhadap remaja; dan (6) deteksi dan manajemen tuberkulosis.

Upaya pendewasaan usia nikah dan peningkatan pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi yang bertujuan untuk menurunkan ASFR usia 15-19 tahun diselenggarakan terintegrasi dengan PKPR ini.

2.1.3. Perkembangan Pelayanan Keluarga Berencana dan Program Kependudukan dan Keluarga Berencana

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014 menyatakan bahwa visi Kementerian Kesehatan adalah menciptakan masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan. Untuk mewujudkan visi tersebut ditetapkanlah misi sebagai berikut: (1) meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani; (2) melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan berkeadilan; (3) menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber daya kesehatan; dan (4) menciptakan tata kelola kepemerintahan yang baik. Untuk mewujudkan misi tersebut, Kementerian Kesehatan telah mengembangkan strategi sebagai berikut:

1. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat, swasta dan masyarakat madani dalam pembangunan kesehatan melalui kerja sama nasional dan global.

2. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang merata, terjangkau, bermutu dan berkeadilan, serta berbasis bukti; dengan pengutamaan pada upaya promotif dan preventif.

3. Meningkatkan pembiayaan pembangunan kesehatan, terutama untuk mewujudkan jaminan sosial kesehatan nasional.

4. Meningkatkan pengembangan dan pendayagunaan SDM kesehatan yang merata dan bermutu.

5. Meningkatkan ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan serta menjamin keamanan, khasiat, kemanfaatan, dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan.

6. Meningkatkan manajemen kesehatan yang akuntabel, transparan berdayaguna dan berhasil guna untuk memantapkan desentralisasi kesehatan yang bertanggung jawab

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah fasilitas pelayanan kesehatan dasar yang tersedia di setiap kecamatan di Indonesia. Implementasi dari strategi Kementerian Kesehatan tersebut adalah dengan ditetapkannya 6 Upaya Kesehatan Wajib Puskesmas yang meliputi Upaya Promosi Kesehatan, Upaya Kesehatan Lingkungan, Upaya Kesehatan Ibu dan Anak

serta Keluarga Berencana, Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat, Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular dan Upaya Pengobatan. Dengan demikian, jelas bahwa pelayanan KB termasuk upaya kesehatan wajib di Puskesmas.

Berkaitan dengan strategi percepatan penurunan AKI, Kementerian Kesehatan menetapkan 9 provinsi dengan jumlah penduduk terbanyak sebagai fokus program, yaitu Sumatera Utara, Sumatera Selatan, Lampung, Banten, Daerah Khusus Ibukota Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Kesembilan provinsi ini juga merupakan bagian dari 10 provinsi penyangga utama dalam intensifikasi penggarapan pembangunan KB yang ditetapkan oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Satu provinsi lainnya adalah Nusa Tenggara Timur.

Penyelenggaraan Pelayanan KB merupakan bagian dari Sistem Kesehatan Nasional (SKN). SKN adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pengelolaan kesehatan yang dimaksud dilakukan secara berjenjang di pusat dan daerah dengan memperhatikan otonomi daerah dan otonomi fungsional di bidang kesehatan. Sebagai bagian dari SKN maka Pelayanan KB juga diselenggarakan secara berjenjang di berbagai tingkat administratif. Disamping itu pelayanan KB juga ditekankan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat, profesionalisme sumber daya manusia kesehatan, serta upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif.

2.2. Target

Tabel berikut ini menggambarkan target nasional yang telah ditetapkan berkaitan dengan Pelayanan KB, baik target yang ingin dicapai pada akhir RPJMN Tahun 2010-2014 maupun target MDGs Tahun 2015.

Tabel 2.1
Target Nasional yang Berkaitan dengan Pelayanan Keluarga Berencana

Indikator dampak dan luaran Pelayanan KB	Target RPJMN Tahun 2014	Target MDGs Tahun 2015
TFR	2,36 *)	2,11
ASFR usia 15-19 tahun (per 1000 remaja perempuan usia 15-19 tahun)	30	30
CPR cara modern	60,1% *)	65%
Unmet need	6,5% *)	5%

Keterangan:
*) Target disesuaikan berdasarkan dokumentasi kesepakatan tiga pihak, RKP 2014 dan Pagu Indikatif TA 2014; Kementerian PPN/Bappenas, Kementerian Keuangan dan BKKBN

BAB 3. ANALISIS SITUASI PELAYANAN KELUARGA BERENCANA

3.1. Kerangka Konsep Analisis Situasi

Penyusunan RAN Pelayanan KB memerlukan analisis yang kuat untuk dapat melihat akar dari permasalahan yang ada termasuk kekuatan dan kelemahannya. Ada banyak teori yang dapat digunakan untuk menjabarkan hubungan beberapa variabel yang diperkirakan mempengaruhi cakupan layanan kesehatan. Teori yang digunakan dalam analisis situasi untuk menyusun RAN Pelayanan KB ini adalah teori yang dikembangkan oleh Philips dan Morrison (1998). Gambar berikut ini menyajikan kerangka konsep analisis situasi tersebut.

Gambar 3.1
Kerangka Konsep Analisis Situasi

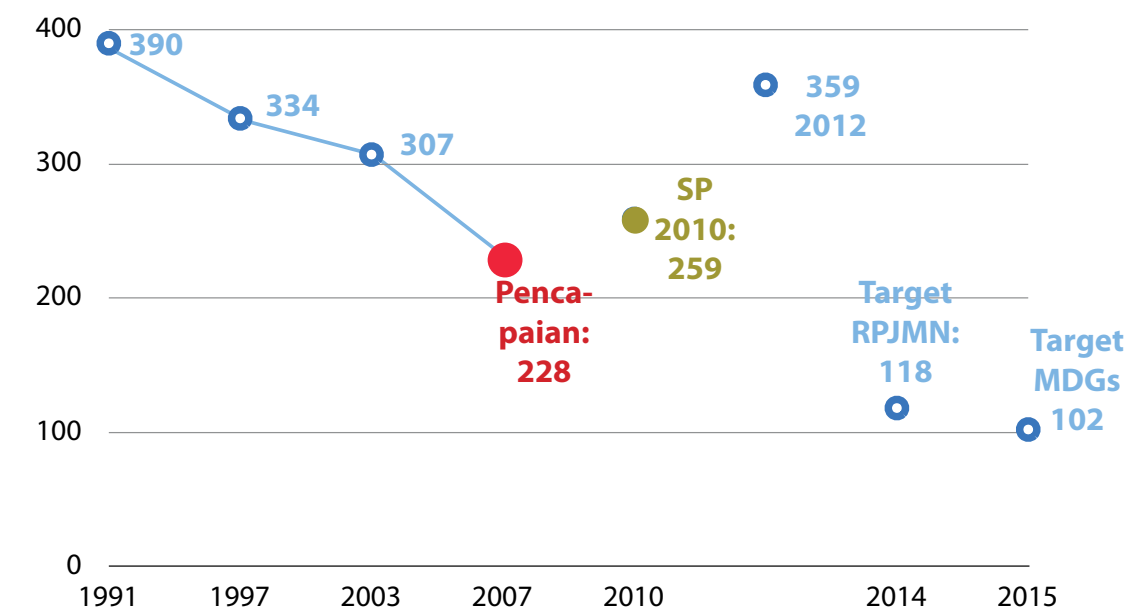
Kerangka konsep ini menggambarkan beberapa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, yaitu(1) faktor lingkungan yang secara rinci melihat hubungan antara sistem layanan kesehatan dengan lingkungan luarnya, dan (2) karakteristik populasi yang mencakup karakteristik pendukung *(predisposing factors)*, faktor pemungkin *(enabling factors)* dan faktor kebutuhan *(needs)*. Kedua faktor tersebut akan mempengaruhi pola perilaku kesehatan yang terdiri dari pilihan kesehatan perorangan dan penggunaan pelayanan kesehatan. Ketiga kelompok variabel yang saling berhubungan tersebut pada gilirannya akan memberi dampak pada derajat kesehatan, yang digambarkan antara lain dengan tingkat morbiditas dan mortalitas.

Pada analisis situasi Pelayanan KB berikut ini yang akan dikaji sebagai indikator dampak adalah AKI dan TFR. Indikator lainnya adalah KTD dan ASFR usia 15-19 tahun. Yang dimaksud dengan faktor lingkungan luar adalah implementasi JKN, sistem perencanaan, pengadaan dan distribusi logistik, dan sistem perencanaan dan pemberdayaan tenaga kesehatan; sedangkan yang termasuk dalam faktor sistem pelayanan kesehatan adalah ketersediaan sumber daya untuk Pelayanan KB, keterjangkauan Pelayanan KB dan kualitas Pelayanan KB. Karakteristik pendukung yang akan dibahas meliputi jumlah, laju pertumbuhan dan komposisi penduduk, pola pernikahan, dan penyebaran penduduk. Pada faktor pemungkin akan dikaji tingkat pendidikan dan pengetahuan dan kepercayaan *(beliefs)*, sedangkan faktor kebutuhan adalah keinginan memiliki anak dan jumlah anak ideal. Analisis tentang pilihan kesehatan perorangan akan mencakup pernikahan dini, pemilihan jenis alokon, dan partisipasi pria; sedangkan analisis tentang penggunaan pelayanan kesehatan akan mencakup *unmet need*, kesertaan KB aktif dan disparitas antar wilayah.

3.2. Dampak Program Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional

3.2.1. Angka Kematian Ibu

AKI merupakan salah satu indikator untuk menilai tidak saja derajat kesehatan perempuan tetapi juga derajat kesejahteraan perempuan. Penurunan AKI merupakan salah satu target yang tercakup dalam MDGs, yaitu pada tujuan kelima. MDGs menargetkan penurunan AKI pada tahun 2015 menjadi tiga per empat dari AKI pada tahun 1991, yaitu dari 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1991 menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Hasil SDKI 2012 menunjukkan AKI sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup, sementara Sensus Penduduk tahun 2010 dan SDKI 2007 menunjukkan AKI berturut-turut sebesar 259 per 100.000 kelahiran hidup dan 228 per 100.000 kelahiran hidup.

Perbedaan ini dapat disebabkan antara lain karena perbedaan besar sampel masing-masing survei yang mempengaruhi tingkat kepercayaan hasil pengukuran. Besar sampel SDKI jauh lebih kecil daripada Sensus Penduduk, sehingga memiliki tingkat kepercayaan yang lebih kecil. Oleh karena itu *point estimate* AKI yang dihasilkan oleh setiap survei harus diinterpretasikan dengan cermat. Terlepas dari bervariasinya tingkat kepercayaan hasil pengukuran AKI dari survei-survei yang telah dilakukan, terlihat bahwa AKI yang berhasil dicapai sejauh ini masih relatif jauh dari target yang diinginkan, baik target RPJMN 2010-2014 maupun target MDGs. Gambar berikut ini menunjukkan AKI di Indonesia pada tahun 1990-2012, target RPJMN 2010-2014 dan target MDGs.

Gambar 3.2.
AKI di Indonesia Tahun 1990-2012,
Target RPJMN Tahun 2010-2014 dan Target MDGs Tahun 2015

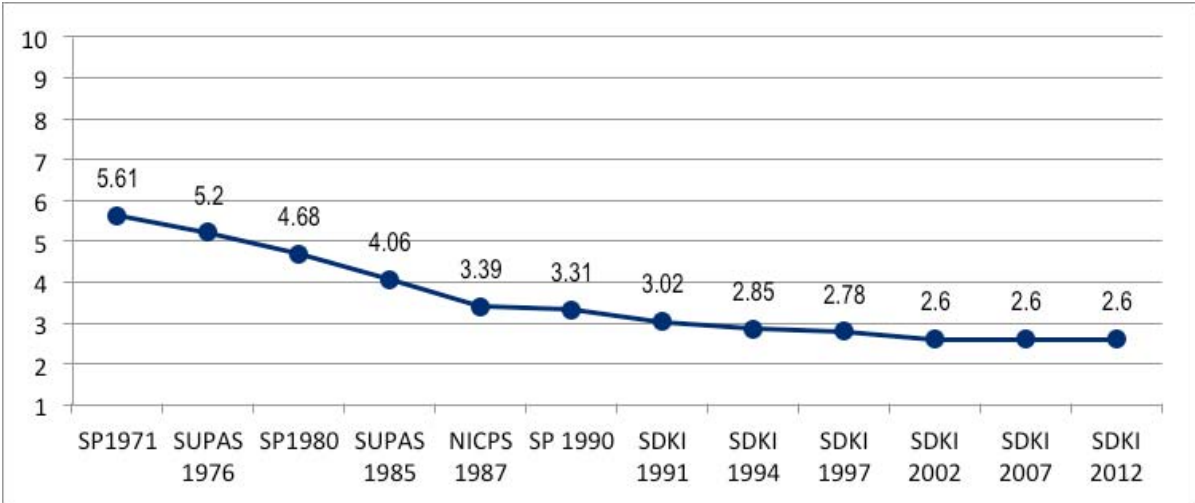
Tingginya AKI di Indonesia disebabkan oleh berbagai penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung yang utama adalah perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), dan infeksi. Hasil analisis lanjut data Sensus Penduduk 2010 menunjukkan bahwa 32% kematian ibu disebabkan oleh HDK, diikuti oleh komplikasi puerperium 31% dan perdarahan pasca bersalin 20%. Kematian ibu tidak hanya disebabkan secara langsung oleh komplikasi kehamilan dan persalinan, tetapi juga oleh berbagai penyakit seperti tuberkulosis, anemia, malaria, dan penyakit jantung. Kehamilan dan persalinan dapat memperberat penyakit-penyakit ini dan sebaliknya penyakit-penyakit ini dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi kehamilan dan persalinan. Terjadinya kematian ibu oleh penyebab tak langsung di Indonesia cukup signifikan, yaitu sekitar 22%. Oleh karenanya dibutuhkan perhatian dan penanganan yang serius atas berbagai penyebab tak langsung ini, selain pengaturan kehamilan agar tidak terjadi pada kondisi kesehatan yang berisiko ini.

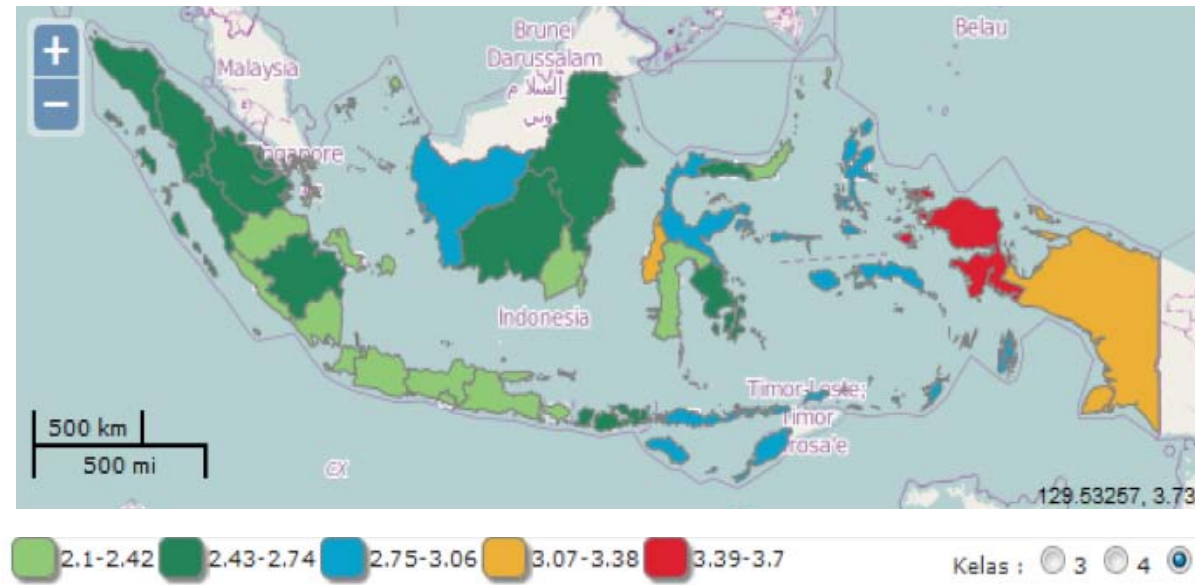
SDKI 2012 menunjukkan bahwa sekitar 95,7% ibu hamil sudah memperoleh pelayanan antenatal (75% ke bidan dan 20,4% ke dokter), akan tetapi hanya sekitar 87,8% yang melakukan paling sedikit 4 kali kunjungan antenatal selama masa kehamilan. Lebih lanjut lagi hanya 73,5% yang melakukan 4 kali kunjungan sesuai jadwal yang diharapkan. Riset Kesehatan Dasar 2010 mendapatkan bahwa ibu yang tidak mendapatkan pelayanan antenatal lebih banyak yang bersalin di rumah (86,7%) dibandingkan dengan ibu bersalin di rumah yang melakukan 4 kali kunjungan antenatal (45,2%). Kualitas pelayanan antenatal merupakan salah satu aspek yang perlu diperhatikan karena akan mempengaruhi diagnosis dini dan perawatan yang tepat. Riset Kesehatan Dasar tahun 2010 menunjukkan bahwa hanya 45% ibu hamil yang memperoleh informasi tentang tanda-tanda komplikasi kehamilan. Dapat dikatakan bahwa konseling, sebagai bagian penting dari pelayanan antenatal, belum dilaksanakan dengan baik. Padahal salah satu saat yang paling strategis untuk melakukan konseling KB adalah pada periode antenatal.

Pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan terus meningkat secara bertahap. Pada tahun 2007 pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan mencapai 46,1% dari total persalinan (SDKI 2007), yang meningkat menjadi 59,4% pada tahun 2010 (Riskesdas 2010). Namun demikian, masih terjadi disparitas antar wilayah, antar kota desa, antar tingkat pendidikan dan antar tingkat ekonomi. Cakupan pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan tertinggi terjadi di Bali (90,8%) dan terendah di Sulawesi Tenggara (8,4%). Cakupan persalinan di fasilitas kesehatan lebih tinggi di perkotaan (70,3%) daripada di perdesaan (28,9%). Ibu dengan tingkat pendidikan rendah cenderung bersalin di rumah (81,4%) bila dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan lebih tinggi (28,2%). Ibu dengan kuintil tingkat pengeluaran terendah hampir 5 kali lebih besar bersalin di rumah (84,8%) daripada ibu dengan kuintil tingkat pengeluaran tertinggi (15,5%).

3.2.2. Total Fertility Rate

TFR adalah gambaran tentang rata-rata jumlah anak yang dilahirkan seorang perempuan dari usia 15 sampai 49 tahun sampai masa akhir reproduksinya. Perbandingan TFR antar daerah dapat menunjukkan keberhasilan daerah dalam melaksanakan pembangunan sosial ekonominya. TFR yang tinggi merupakan cerminan rata-rata usia kawin yang rendah, tingkat pendidikan yang rendah (terutama pada perempuan), tingkat sosial ekonomi rendah atau tingkat kemiskinan yang tinggi, selain tentu saja menunjukkan tingkat keberhasilan Program KKB.

SDKI yang dilaksanakan pada tahun 2002/2003, 2007 dan 2012 mengindikasikan adanya stagnasi TFR. Hasil SDKI tahun 2012 menunjukkan TFR yang ditargetkan sebesar 2,6 dari target 2,1. TFR tersebut sama dengan hasil SDKI 2002/2003 dan 2007. Hasil SDKI 2012 menunjukkan pula bahwa TFR wanita yang tinggal di perkotaan 0,4 lebih rendah dibandingkan dengan wanita yang tinggal di perdesaan. Namun demikian angka kelahiran menurut kelompok umur pada kelompok umur 25-29, 30-34, dan 40-44 tahun di daerah perkotaan justru lebih tinggi dibanding di daerah perdesaan.

Gambar 3.3
Kecenderungan TFR di Indonesia Tahun 1970-2012

Gambar berikut ini memperlihatkan perbedaan TFR yang cukup tinggi antar berbagai daerah di Indonesia. Beberapa provinsi telah mencapai TFR antara 2,1-2,42; sementara beberapa provinsi lainnya masih mencapai 3,39-3,7. Wilayah Papua, Papua Barat dan beberapa wilayah di Sumawesi Barat memiliki TFR >3,0.

Gambar 3.4
Kesenjangan TFR Antar Berbagai Wilayah di Indonesia

3.2.3. Kejadian Kehamilan yang Tidak Diinginkan

KTD *(unwanted pregnancy)* adalah kehamilan yang dialami oleh seorang perempuan yang sebenarnya belum atau sudah tidak menginginkan hamil (BKKBN, 2007). Penyebab terjadinya KTD antara lain adalah perkosaan, kurangnya pengetahuan tentang kontrasepsi, terlalu banyak anak, alasan kesehatan janin, usia ibu terlalu muda atau belum siap menikah, pasangan tidak siap menikah atau hubungan dengan pasangan yang belum matang, dan masalah ekonomi (*World Health Organization*, 2000). Di Indonesia kejadian KTD tergolong tinggi, data SDKI 2007 menunjukkan kejadian KTD sebesar 17% diantara PUS.

KTD yang terjadi dengan "4 Terlalu" akan meningkatkan risiko terjadinya komplikasi dan kematian pada ibu hamil, disamping dapat menyebabkan terjadinya aborsi tidak aman yang berkontribusi dalam meningkatnya AKI. Kehamilan yang tidak diinginkan dapat berakibat buruk terhadap kesehatan, kehidupan sosial dan psikologis ibu dan bayi, sehingga tidak hanya meningkatkan angka kesakitan dan kematian ibu tetapi juga dapat menghasilkan janin maupun bayi yang berisiko tinggi, misalnya mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan (Felipe dan David, 2001).

KTD dan kehamilan tidak tepat waktu *(mistimed pregnancy)* dapat dikategorikan sebagai *unmet need*. Studi tentang *unmet need* yang dilakukan oleh Prihastutik (2004) pada wanita menikah usia 15-49 tahun menemukan bahwa 50% wanita menikah di Indonesia berkeinginan untuk tidak mempunyai anak lagi. Persentase wanita menikah yang berkeinginan untuk tidak mempunyai anak lagi, lebih tinggi didaerah perdesaan (5%) daripada di perkotaan (2,1%). SDKI 2012 menemukan bahwa di antara wanita yang berstatus menikah, sekitar 47% tidak menginginkan anak lagi, bahkan 3% telah melakukan sterilisasi.

3.2.4. Angka Kelahiran pada Remaja

SDKI 2012 menunjukkan ASFR perempuan usia 15-19 tahun mencapai 48 per 1000 perempuan usia 15-19 tahun. Angka ini sedikit menurun dibandingkan SDKI 2007 yaitu 51 per 1000 perempuan usia 15-19 tahun. Persentase perempuan usia 15-19 tahun yang pernah melahirkan di pedesaan (13,7%) lebih tinggi daripada di perkotaan (7,3%). Angka melahirkan pada perempuan usia 15-19 tahun juga lebih tinggi pada mereka yang tidak bersekolah (13,6%) dibandingkan dengan yang masih bersekolah di SMU (3,8%).

Masih tingginya ASFR perempuan usia 15-19 tahun mengindikasikan masih tingginya pernikahan dini dan hubungan seks pranikah di kalangan remaja. Hasil SDKI 2012 menunjukkan bahwa median umur kawin pertama perempuan usia 25-49 tahun adalah 20,4 tahun dan median umur kawin pertama perempuan usia 25-49 tahun yang pernah menikah adalah 20,1 tahun. Kehamilan yang terjadi pada usia di bawah 20 tahun memiliki risiko kesehatan yang lebih tinggi baik bagi ibu maupun bayinya. Perempuan yang hamil pada usia muda lebih berisiko untuk mengalami pendarahan ketika dia menjalani proses persalinan dan juga lebih rentan melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah.

3.3. Faktor Lingkungan

3.3.1. Sistem Lingkungan Luar

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) Pasal 19 menyatakan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Pada Ayat 2 dinyatakan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Di dalam Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan dinyatakan bahwa Pelayanan KB adalah salah satu pelayanan promotif dan preventif. Pelayanan KB yang dijamin meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi dan tubektomi. Pelayanan KB yang ditanggung oleh JKN adalah pelayanan bagi peserta KB yang bersifat Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), pelayanan pemasangan dan penggantian kontrasepsi, pelayanan komplikasi KB dan jasa pelayanan KB. Dalam Peraturan Presiden ini juga diatur fasilitas Pelayanan KB, kompetensi tenaga Pelayanan KB, ketersediaan alokon dan sarana penunjang, dan sistem pencatatan dan pelaporan.

Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan No 71 tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama yang dimaksud dapat berupa Puskesmas, praktik dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama dan Rumah Sakit Kelas D Pratama. Sementara untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan berupa klinik utama, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.

Obat dan alat kesehatan yang telah ditanggung oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah, tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan, termasuk alat kontrasepsi dasar, yang pengadaannya dilakukan oleh fasilitas kesehatan dan sarana penunjang yang melaksanakan program JKN melalui *e-purchasing* berdasarkan *e-catalogue* sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang digunakan dalam pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama harus dibayar dengan dana kapitasi yang diperoleh dari BPJS Kesehatan.

Apabila dilihat angka pemanfaatan sumber pelayanan kontrasepsi antar provinsi, maka dari 33 provinsi, ada 27 provinsi dengan pemanfaatan pelayanan swasta lebih dari 60% dan 6 provinsi masih mengandalkan sumber pelayanan pemerintah lebih dari 40%. Dari 6 provinsi ini Gorontalo, Sulawesi Selatan, dan NTB diantara 40.5% - 42.4%, sedangkan NTT, Papua Barat dan Papua diatas 50%. Tantangan yang dihadapi adalah, perlu dilakukan upaya meningkatkan pemanfaatan sumber pelayanan swasta secara umum, namun bagi beberapa daerah masih perlu dilakukan peningkatan di sektor pemerintah. Hal ini penting sebagai dasar perencanaan dalam BPJS membuat perjanjian kerja sama dengan fasilitas pelayanan swasta.

Pada saat ini Pemerintah menyediakan secara gratis tiga jenis alokon di seluruh wilayah Indonesia, yaitu kondom, AKDR dan susuk KB. Ada 7 provinsi yang selain tiga jenis alokon tersebut, alokon lainnya juga disediakan secara gratis. Ketujuh provinsi tersebut adalah Aceh, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat. Di provinsi lainnya, selain kondom, AKDR dan susuk KB, jenis alokon lainnya hanya tersedia secara gratis bagi masyarakat miskin (Keluarga Pra-Sejahtera dan Keluarga Sejahtera 1). Dengan demikian memang ada sebagian masyarakat yang harus membayar sendiri penggunaan alokon yang dibutuhkannya. Dalam JKN alokon untuk peserta JKN disediakan oleh BKKBN yang berkoordinasi dengan jajaran Kementerian Kesehatan dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

3.3.2. Sistem Layanan Kesehatan

Ketersediaan Sumber Daya untuk Pelayanan KB

Pemerintah telah menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan primer sebanyak 9.510 Puskesmas yang di antaranya adalah Puskesmas dengan perawatan dan 23.059 Pustu, yang didukung upaya kesehatan bersumber masyarakat yang meliputi 51.996 Poskesdes dan Polindes (Pusdatin, 2012). Hasil Riset Fasilitas Kesehatan (Risfaskes) tahun 2011 menunjukkan bahwa 32,6% Puskesmas memiliki ruangan poliklinik khusus KB (bervariasi dari yang tertinggi 66,4% di DKI Jakarta, 51,4% di Aceh dan 45,6% di Sumatera Barat sampai yang terendah 12,9% di Sulawesi Tenggara, 16,2% di Gorontalo dan 20,5% di Maluku). Fasilitas pelayanan kesehatan sekunder dan tersier yang tersedia meliputi 833 Rumah Sakit Pemerintah, 67 Rumah Sakit BUMN, 721 Rumah Sakit Swasta non-profit, dan 548 Rumah Sakit Swasta.

Ketersediaan tenaga kesehatan sebagai pemberi Pelayanan KB semakin membaik, walaupun belum mencapai target yang diinginkan dan belum merata di seluruh wilayah Indonesia. Target yang diinginkan adalah tersedianya 100 bidan per 100.000 penduduk. Saat ini baru tersedia 49,5 bidan per 100.000 penduduk. Provinsi Aceh dan Bengkulu memiliki rasio yang terbaik, yaitu masing-masing 193,4 dan 142,3 bidan per 100.000 penduduk. Rasio terendah ditemukan di DKI Jakarta dan Jawa Barat, masing-masing 21,5 dan 23,5 bidan per 100.000 penduduk. Target ketersediaan dokter umum yang diinginkan adalah 40 per 100.000 penduduk. Saat ini di tingkat nasional baru tersedia 13,6 dokter umum per 100.000 penduduk. Rasio terbaik terdapat di Sulawesi Utara dan Yogyakarta, yaitu masing-masing 38,7 dan 35,5 dokter umum per 100.000 penduduk. Sementara rasio terendah terdapat di Jawa Barat dan Jawa Timur, yaitu masing-masing 6,4 dan 7,4 dokter umum per 100.000 penduduk (Pusdatin, April 2013)

Sejak tahun 1997 telah terjadi pergeseran pemanfaatan fasilitas pelayanan kontrasepsi oleh klien KB dari pelayanan pemerintah ke swasta seperti ditunjukkan oleh hasil SDKI tahun 1997, 2003 dan 2007. Kecenderungan pemanfaatan fasilitas pelayanan swasta untuk pelayanan kontrasepsi meningkat secara konsisten dari 42% menjadi 63% dan kemudian 69%, sedangkan di fasilitas pelayanan pemerintah menurun dari 43%, menjadi 28% dan kemudian 22%. Hasil Riskesdas tahun 2010 menunjukan masyarakat mendapatkan pelayanan KB di sektor swasta adalah Bidan Praktik Mandiri, yaitu 52,5%, sementara fasilitas pelayanan pemerintah seperti rumah sakit, Puskesmas, Pustu dan Poskesdes atau Polindes 23,9%.

Keterjangkauan Pelayanan KB

Akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar meningkat sejalan dengan meningkatnya jumlah Puskesmas (termasuk Pustu), adanya Poskesdes dan Polindes di tiap desa, dan dijaminnya pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin. Walaupun demikian akses terhadap pelayanan kesehatan ini belum merata di seluruh wilayah Indonesia. Di Daerah Tertinggal Terpencil Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) ketersediaan sarana dan tenaga pelayanan kesehatan terbatas. DTPK menjadi prioritas karena disparitas antar wilayah DTPK dan Non DTPK. Permasalahan umum DTPK adalah kondisi geografi yang sulit dan iklim/cuaca yang sering berubah, terbatasnya prasarana dasar (akses transportasi, listrik, air, komunikasi, pendidikan, kesehatan), tingginya biaya hidup, keterbatasan SDM berkualitas, tingginya angka kemiskinan, dan belum terpadunya pelaksanaan kegiatan di perbatasan, pembangunan bersifat parsial dan terbatasnya penanaman modal. Sesuai dengan tujuan pembangunan kesehatan 2010-2014 di wilayah DTPK adalah meningkatkan jangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan yang bermutu pada masyarakat DTPK dengan sasaran 101 Puskesmas, 45 kabupaten di perbatasan dan 50 Kab dari 183 kabupaten tertinggal.

Kualitas Pelayanan KB

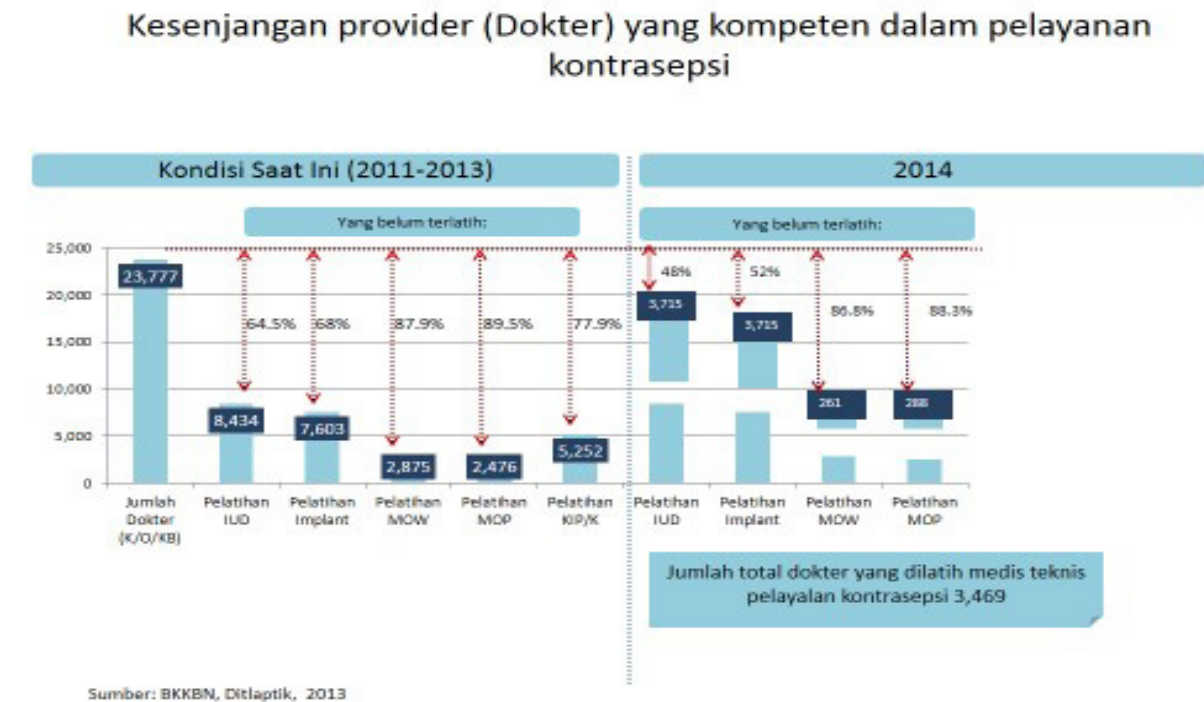
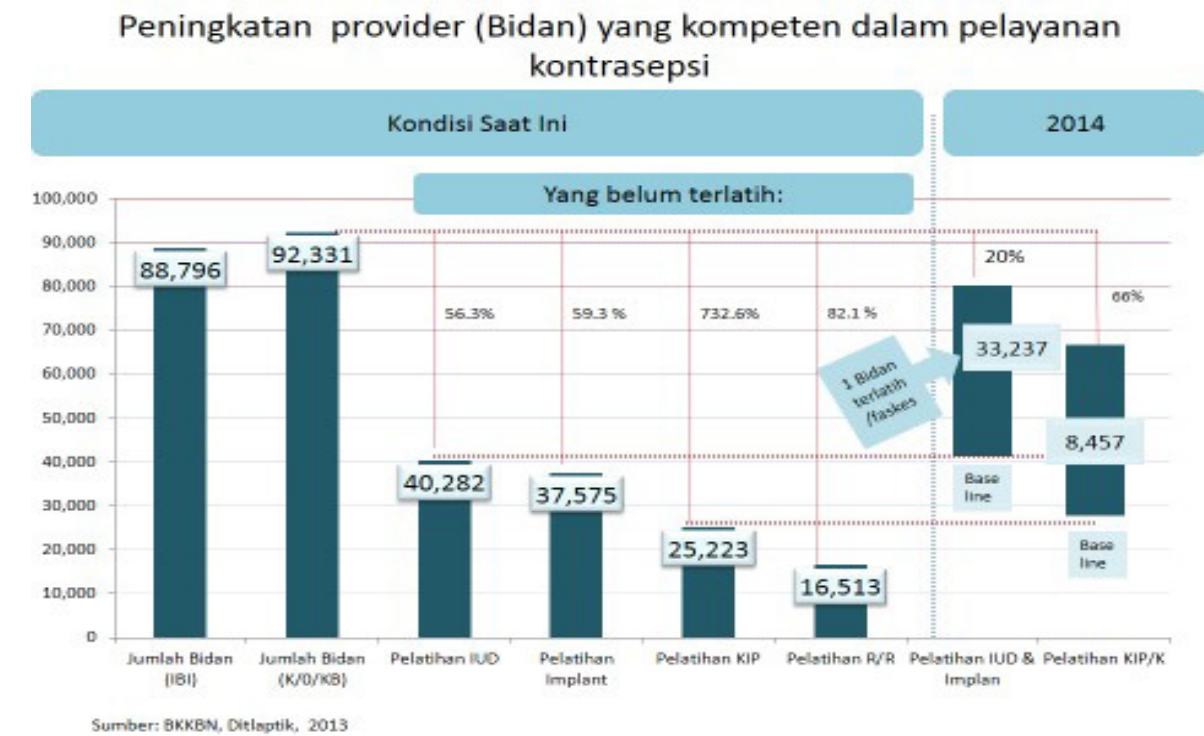
Pelayanan KB yang berkualitas berdampak pada kepuasan pada klien yang dilayani dan terpenuhinya tata cara penyelenggaraan Pelayanan KB sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Ditinjau dari sudut standar pelayanan, Pelayanan KB yang berkualitas adalah bila tingkat komplikasi, ketidakberlangsungan dan kegagalan rendah atau berada dalam batas toleransi. Data rutin Program Kesehatan Ibu dan Anak tahun 2012 menunjukkan bahwa tingkat komplikasi, ketidakberlangsungan dan kegagalan kontrasepsi berada dalam batas toleransi, yaitu berturut-turut untuk ketiganya adalah 2,24%, 2,61%, dan 0,06%. Walaupun demikian kualitas Pelayanan KB masih perlu terus ditingkatkan.

Kompetensi tenaga yang memberikan Pelayanan KB merupakan faktor yang sangat mempengaruhi kualitas Pelayanan KB selain faktor-faktor lain seperti prasarana dan sarana penunjang, alat dan obat kontrasepsi, ketersediaan pedoman pelayanan dan upaya untuk menjaga mutu.

Dua gambar berikut ini menyajikan kebutuhan pelatihan bagi bidan dan dokter, yang secara tidak langsung menggambarkan tingkat kompetensi tenaga kesehatan dalam memberikan Pelayanan KB. Data terakhir menunjukkan bahwa dari 92.331 orang bidan yang tercatat memberikan Pelayanan KB, sekitar 56,3% belum mengikuti Pelatihan AKDR, 59,3% belum mengikuti Pelatihan Implan dan 73,3% belum mengikuti Pelatihan KIP/K. Sementara itu dari 23.777 orang dokter yang tercatat memberikan Pelayanan KB, sekitar 64,5% belum mengikuti Pelatihan AKDR, 68% belum mengikuti Pelatihan Implan, 87,9% belum mengikuti Pelatihan MOW, 89,5% belum mengikuti Pelatihan MOP, dan 77,9% belum mengikuti Pelatihan KIP/K. Oleh karena itu diperlukan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam pelayanan KB baik *pre service* maupun *in service.*

Peningkatan provider (Bidan) yang kompeten dalam pelayanan kontrasepsi

Sumber: BKKBN, Ditlaptik, 2013

Kesenjangan provider (Dokter) yang kompeten dalam pelayanan kontrasepsi

Gambar 3.5.
Kebutuhan Pelatihan tentang Pelayanan KB Bagi Bidan dan Dokter Tahun 2013-2014

Pada tahun 2012-2013, telah dilaksanakan TOT KB Pasca Persalinan untuk 33 Provinsi. Selanjutnya Provinsi menyelenggarakan Pelatihan KB Pasca Persalinan fokus AKDR pascaplasenta bagi tenaga kesehatan, baik di Puskesmas maupun Rumah Sakit. Pada tahun 2012 sebanyak 675 tenaga kesehatan dari Puskesmas dan RS Kabupaten/Kota telah mendapat pelatihan KB Pasca Persalinan. Hal ini berarti telah mencapai target Instruksi Presiden 2A tentang Strategi dan kegiatan dalam percepatan penurunan AKI sebanyak 643 tenaga kesehatan dari Puskesmas dan RS. Sementara pada tahun 2013, sampai dengan September 2013 telah dilatih tenaga kesehatan dari 397 Puskesmas dan RS Kabupaten/Kota, sementara targetnya adalah 681 Puskesmas dan RS.

3.4. Karakteristik Populasi

3.4.1. Karakteristik Pendukung

Jumlah, Laju Pertumbuhan dan Komposisi Penduduk.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) Tahun 2005-2025 menyebutkan pada bagian lampiran bahwa pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM) diarahkan pada peningkatan kualitas SDM Indonesia yang ditandai antara lain dengan meningkatnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dan Indeks Pembangunan Gender (IPG), serta tercapainya kondisi penduduk tumbuh seimbang yang ditandai dengan *Net Reproductive Rate* (NRR) sebesar 1 dan TFR sebesar 2,1.

Pada tahun 2000 jumlah penduduk Indonesia mencapai 206,3 juta jiwa dengan laju pertumbuhan penduduk tahun 1990-2000 sebesar 1,45%. Badan Perencana Pembangunan Nasional (Bappenas) dan Badan Pusat Statistik (BPS) memproyeksikan bahwa penduduk Indonesia pada tahun 2010 akan mencapai 234,1 juta jiwa dengan laju pertumbuhan penduduk sebesar 1,21%. Hasil Sensus Penduduk 2010, menunjukkan jumlah penduduk Indonesia sebanyak 237,6 juta jiwa, lebih tinggi sekitar 4 juta jiwa dari yang diperkirakan. Dalam kurun waktu tahun 2000-2010 penduduk Indonesia bertambah sebanyak 1,49% (BPS, 2010).

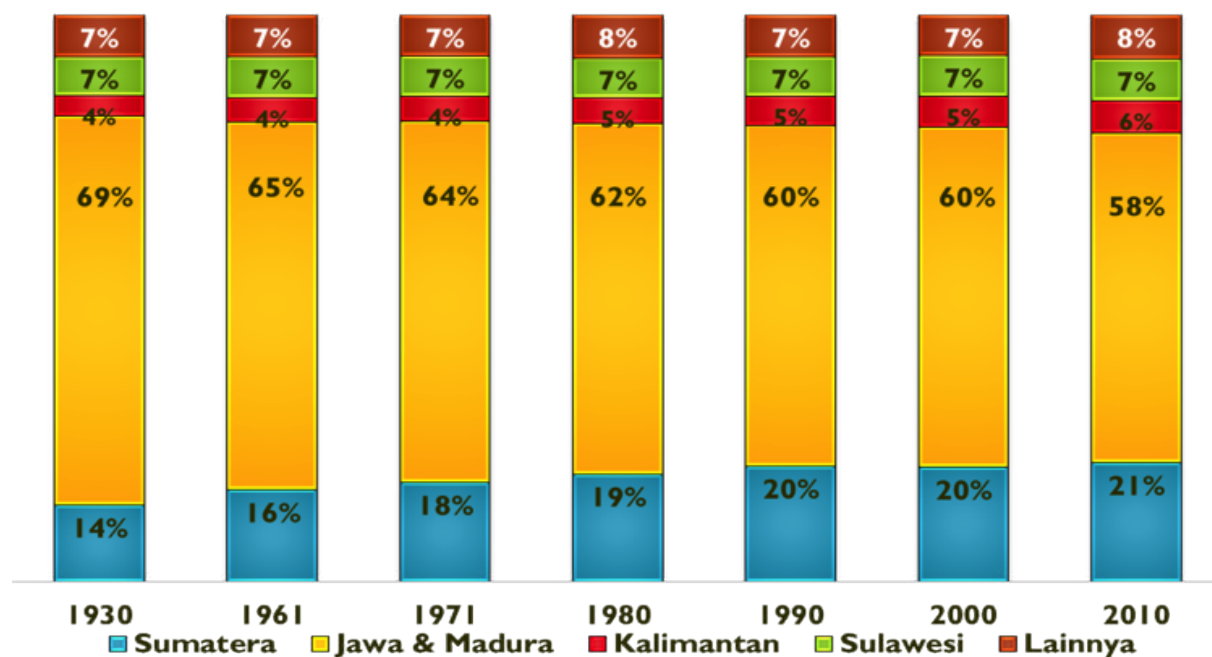
Hasil Sensus Penduduk 2000 menunjukkan bahwa penduduk Indonesia didominasi oleh kelompok usia produktif 15-59 tahun, yaitu sekitar 65,03%. Disusul kemudian oleh kelompok usia muda 0-14 tahun sebesar 30,43% dan kelompok usia tua di atas 65 tahun sebesar 4,54%. Kondisi tersebut relatif menetap, hanya proporsi penduduk kelompok usia muda mengalami sedikit penurunan dan proporsi penduduk kelompok usia produktif dan tua mengalami sedikit peningkatan. Median umur penduduk menjadi menua, yaitu dari 23,78 tahun menurut hasil Sensus Penduduk 2000 menjadi 27,2 tahun menurut hasil Sensus Penduduk 2010. Dengan demikian, penduduk Indonesia dapat dikategorikan sebagai penduduk intermediate, yaitu transisi dari penduduk muda ke penduduk tua.

Pola Pernikahan

Hasil Sensus Penduduk 2010 menunjukkan bahwa dari total penduduk berusia di atas 10 tahun yang sudah menikah, sekitar 2,1% berusia dibawah 19 tahun. Hampir 37% penduduk berusia di bawah 19 tahun sudah memiliki anak dan 2,5% memiliki anak lebih dari 1. Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Tahun 2009 menunjukkan remaja usia 15-19 tahun yang berstatus kawin sebesar 3% (wanita 5,4% dan pria%). Proporsi remaja laki-laki yang belum kawin lebih tinggi daripada remaja perempuan. Proporsi remaja dengan status cerai hidup dan cerai mati lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki.

Adapun jumlah remaja dengan usia 15-24 tahun berjumlah 40,75 juta. Di sisi lain dari Susenas 2009 menujukkan remaja usia 15-19 tahun yang berstatus kawin sebesar 3 persen (wanita 5,4% dan pria%). Selanjutnya, proporsi penduduk laki-laki yang belum kawin lebih tinggi daripada perempuan. Proporsi penduduk dengan status cerai hidup dan cerai mati lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki.

Penyebaran Penduduk

Penyebaran penduduk di Indonesia tidak merata. Ketidakseimbangan penyebaran penduduk disebabkan antara lain oleh tingginya urbanisasi. Cepatnya laju pertumbuhan penduduk kota akibat urbanisasi menimbulkan berbagai masalah, antara lain menurunnya kualitas lingkungan hidup, munculnya pemukiman yang kurang sehat, berkurangnya lapangan pekerjaan dan masalah sosial ekonomi lainnya. Pertumbuhan penduduk yang cepat harus diimbangi dengan peningkatan pemenuhan kebutuhan hidup dalam mutu dan jumlah yang besar pula. Gambar berikut ini menunjukkan bahwa sejak tahun 1930 penduduk Indonesia masih terkonsentrasi di Pulau Jawa. Tahun 2010 sekitar 58% penduduk Indonesia tinggal di Pulau Jawa dan Madura.

Gambar 3.6.
Pola Penyebaran Penduduk di Indonesia

3.4.2. Faktor Pemungkin

Tingkat Pendidikan

Sekitar 8,4% penduduk Indonesia usia 15 tahun ke atas tidak/belum menamatkan pendidikan tingkat Sekolah Dasar (SD), 25% telah menyelesaikan pendidikan tingkat SD, 21% menamatkan pendidikan tingkat Sekolah Menengah Pertama dan 30% menamatkan pendidikan tingkat Sekolah Menengah Atas. Cukup tingginya proporsi penduduk usia 15 tahun ke atas yang tidak/belum tamat SD dan hanya tamat SD menunjukkan bahwa kualitas SDM di Indonesia masih rendah.

Pendidikan perempuan mempunyai hubungan terbalik dengan umur hamil pertama. Perempuan dengan pendidikan rendah cenderung mulai hamil pada umur lebih muda. Sekitar 16% remaja yang tidak sekolah telah mulai mempunyai anak dibandingkan dengan 1% remaja berpendidikan SMA atau lebih. Tingkat pendidikan pada umumnya berkorelasi positif dengan tingkat ekonomi, yang kemudian ditemukan berhubungan dengan usia nikah. Data SDKI 2012 menunjukkan bahwa sekitar 17% remaja yang berada pada kuintil status ekonomi terbawah sudah menjadi ibu, sedangkan di antara remaja pada kuintil status ekonomi teratas hanya 3% yang sudah menjadi ibu.

Pengetahuan dan Kepercayaan (Beliefs)

Pengetahuan merupakan faktor dominan yang membentuk tindakan seseorang. Salah satu aspek pengetahuan mengenai pembatasan kelahiran dan KB yang penting adalah pengetahuan tentang berbagai alat/cara kontrasepsi yang tersedia. Berdasarkan SDKI 2012 diketahui bahwa 99% wanita yang sudah menikah pernah mendengar suatu metode/ cara kontrasepsi. Metode kontrasepsi yang paling dikenal adalah pil KB (97%) dan suntik KB (98%). Secara umum kelompok umur 30-34 tahun yang berdomisili diwilayah perkotaan dan memiliki tingkat pendidikan yang tinggi mempunyai pengetahuan tertinggi mengenai metode kontrasepsi. Sedangkan wanita yang sudah menikah berusia 15-24 tahun, tinggal di pedesaan dan berpendidikan rendah, memiliki pengetahuan terendah tentang metode kontrasepsi.

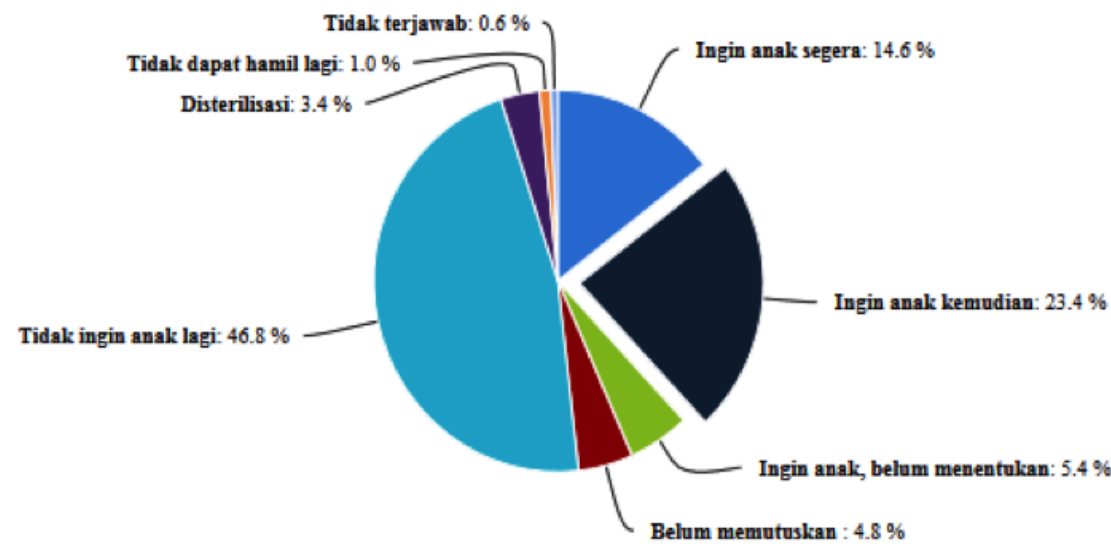
Sekitar 97% pria menikah mengetahui tentang metode kontrasepsi. Namun demikian hanya sekitar 63% yang mengetahui tentang susuk KB dan 65% mengetahui tentang Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR). Hal ini disebabkan karena masih terbatasnya paparan terhadap informasi tentang kontrasepsi dan kesehatan reproduksi di antara pria menikah. Sekitar 40% pria menikah tidak terpapar terhadap pesan-pesan KB melalui media massa maupun melalui kontak langsung dengan petugas kesehatan dan atau petugas lapangan KB.

3.4.3. Kebutuhan

Keinginan Memiliki Anak dan Jumlah Anak Ideal.

Hampir 50% wanita menikah menyatakan tidak ingin mempunyai anak lagi (termasuk yang telah disterilisasi). Kelompok ini diharapkan akan melakukan penjarangan kelahiran. Sekitar 15% wanita menikah menyatakan ingin menambah anak segera; 6% belum memutuskan kapan ingin menambah anak; dan 5% belum memutuskan apakah akan menambah anak. Sebagian besar (sekitar 50%) responden SDKI 2012, baik wanita maupun pria, menyatakan ingin memiliki 2 anak dan sekitar 20% menginginkan 3 anak. Relatif sedikit yang menyebutkan ingin memiliki 5 anak atau lebih.

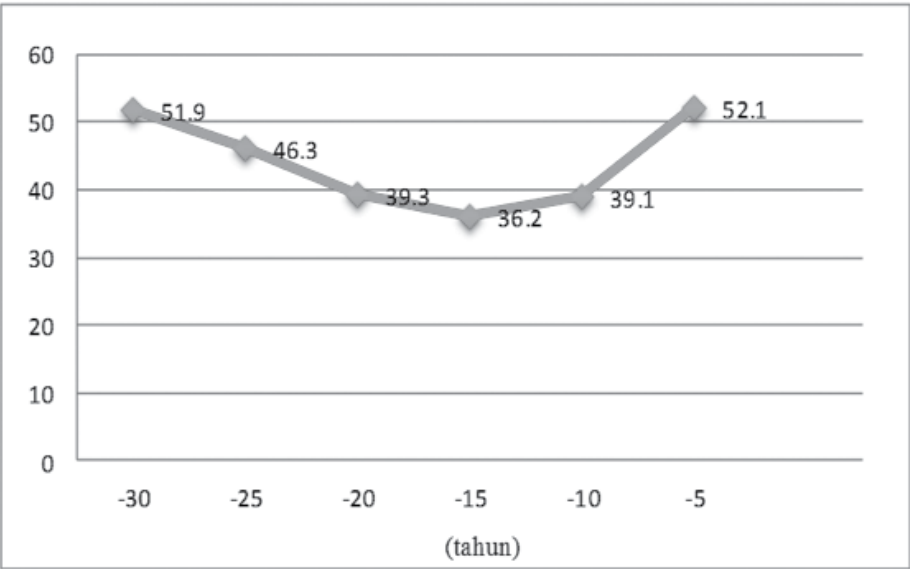
Seperti diperkirakan, wanita dan pria dengan paritas banyak menunjukkan keinginan memiliki anak yang banyak pula. Pada wanita pernah menikah dan memiliki 1 anak, rata-rata jumlah anak idealnya adalah 2,4 orang, sedangkan pada wanita pernah menikah yang memiliki 6 anak atau lebih rata-rata jumlah anak ideal adalah 4,1 orang. Pada pria menikah, rata-rata jumlah anak ideal berkisar dari 2,5 anak pada kelompok yang memiliki 1 anak sampai 4,7 anak pada kelompok yang memiliki 6 anak atau lebih.

SDKI 2012 juga menemukan bahwa wanita dan pria di Indonesia memiliki anak lebih banyak dibandingkan dengan yang mereka inginkan. Sebanyak 43% pria yang memiliki 5 anak atau lebih menyatakan jumlah anak ideal yang lebih kecil dari jumlah anak yang mereka miliki. Lebih dari separuh wanita dan pria yang belum memiliki anak menyebutkan 2 anak sebagai jumlah anak ideal.

Gambar 3.7.
Keinginan Wanita Menikah untuk Mendapatkan Anak Lagi

3.5. Perilaku Kesehatan

3.5.1. Pilihan Kesehatan Perorangan

Pernikahan Dini.

Data SDKI 2007 dianalisis lebih lanjut untuk mengidentifikasi kecenderungan kejadian pernikahan dini. Hasil analisis menunjukkan bahwa proporsi responden yang menikah pertama kali pada usia di bawah 18 tahun pada kelompok yang menikah 5-10 tahun yang lalu lebih tinggi daripada kelompok yang menikah ≥15 tahun yang lalu. Terlihat bahwa proporsi wanita yang menikah dini meningkat kembali dalam 10 tahun terakhir setelah sebelumnya sempat menurun.

Gambar 3.8.
Tingkat Pernikahan Dini pada Usia di Bawah 18 Tahun

Pemilihan Jenis Alat/Obat Kontrasepsi.

Sebagian besar peserta KB aktif menggunakan kontrasepsi hormonal dan bersifat jangka pendek, dengan penggunaan terbanyak pada suntik KB. Kecenderungan ini terjadi sejak tahun 1987. Penggunaan suntik KB meningkat dari 28% pada tahun 2002 (SDKI 2002–2003) menjadi 31,6% pada tahun 2007 (SDKI 2007) dan menjadi 31,9% pada tahun 2012 (SDKI 2012). Pemakaian metode kontrasepsi yang jangka panjang seperti sterilisasi (tubektomi dan vasektomi), AKDR, dan susuk KB cenderung menurun. Penggunaan AKDR, misalnya, menurun dari sekitar 6,4% pada tahun 2002 (SDKI 2002–2003) menjadi 4,8% pada tahun 2007 (SDKI 2007) dan 3,9% pada tahun 2012 (SDKI 2012).

Partisipasi Pria.

Hasil SDKI 2002-2003 menunjukkan hanya sekitar 1,3% pria menggunakan kotrasepsi, di mana 0,9% menggunakan kondom dan 0,4% Metode Operasi Pria (MOP). Persentase ini sedikit meningkat pada tahun 2012 menjadi 2,7% (SDKI 2012), yang terdiri dari 0,3% MOP dan 2,5% kondom. Rendahnya partisipasi pria dalam menggunakan kontrasepsi dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain pengetahuan, sikap pria terhadap KB dan kondisi sosio-budaya masyarakat. Pria yang tidak mempunyai pengetahuan yang cukup tentang KB, tidak akan termotivasi untuk berperan serta dalam menggunakan kontrasepsi.

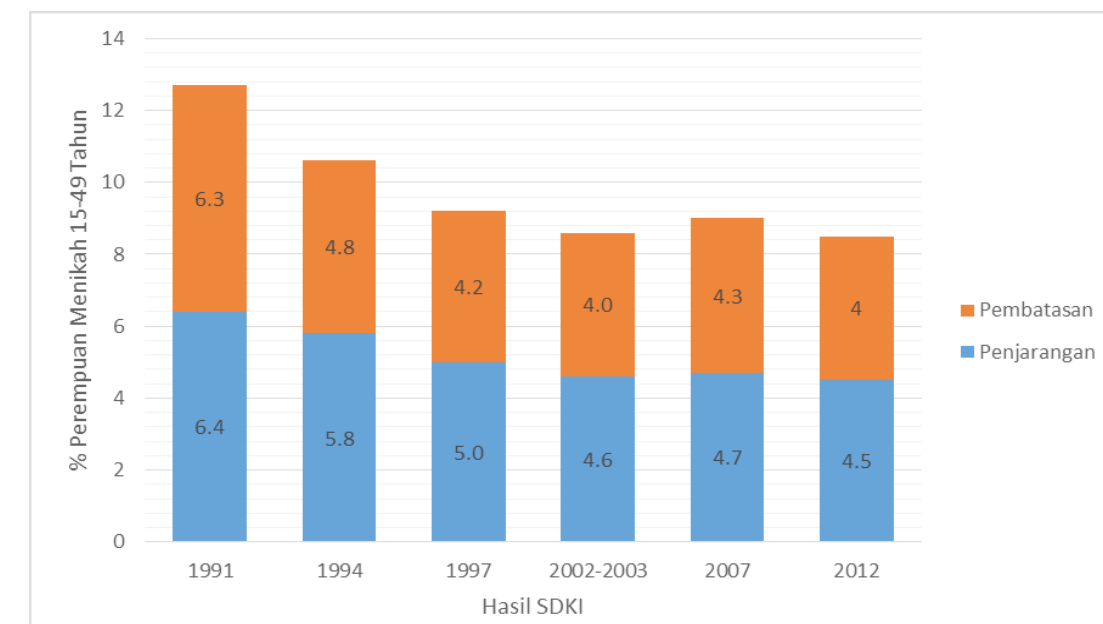
3.5.2. Pemanfaatan Pelayanan Keluarga Berencana

Unmet Need.

Hasil SDKI 2012 yang menggunakan perhitungan baru menunjukkan bahwa 11% wanita berstatus menikah di Indonesia mempunyai kebutuhan pelayanan KB yang tidak terpenuhi. Di antara mereka ini 4% sebenarnya ingin menunda kelahiran berikutnya untuk jangka waktu 2 tahun atau lebih dan 7% sebenarnya tidak ingin mempunyai anak lagi. Dari sekitar 62% kebutuhan ber-KB yang terpenuhi, 27% menggunakan kontrasepsi untuk menjarangkan kelahiran dan 35% untuk membatasi jumlah anak. Persentase wanita menikah yang memerlukan Pelayanan KB di Indonesia saat ini sekitar 73%. Sekitar 85% di antara mereka telah terpenuhi kebutuhannya. Jadi, jika semua kebutuhan ber-KB terpenuhi, maka prevalensi kontrasepsi di antara wanita menikah di Indonesia saat ini dapat ditingkatkan dari 62% menjadi 73%.

Kebutuhan akan pelayanan KB yang tidak terpenuhi bervariasi menurut kelompok umur. Wanita menikah berusia tua 35-49 tahun cenderung mempunyai kebutuhan pelayanan kontrasepsi yang lebih besar dibandingkan dengan wanita berusia muda 15-34 tahun. Pemenuhan kebutuhan Pelayanan KB tidak berbeda antara wanita perkotaan dan wanita perdesaan, tetapi kebutuhan Pelayanan KB di perkotaan adalah untuk membatasi kelahiran, sedangkan wanita perdesaan lebih untuk menjarangkan kelahiran.

Jumlah kebutuhan ber-KB yang terpenuhi meningkat sejalan dengan naiknya tingkat pendidikan wanita, mulai dari 76% untuk wanita yang tidak sekolah sampai dengan 87% untuk wanita yang tamat SMTA. Kebutuhan ber-KB yang terpenuhi juga meningkat seiring dengan bertambahnya jumlah anak lahir hidup; yaitu dari 66% pada wanita yang tidak punya anak menjadi 71% atau lebih tinggi untuk wanita yang punya anak 1 atau lebih.

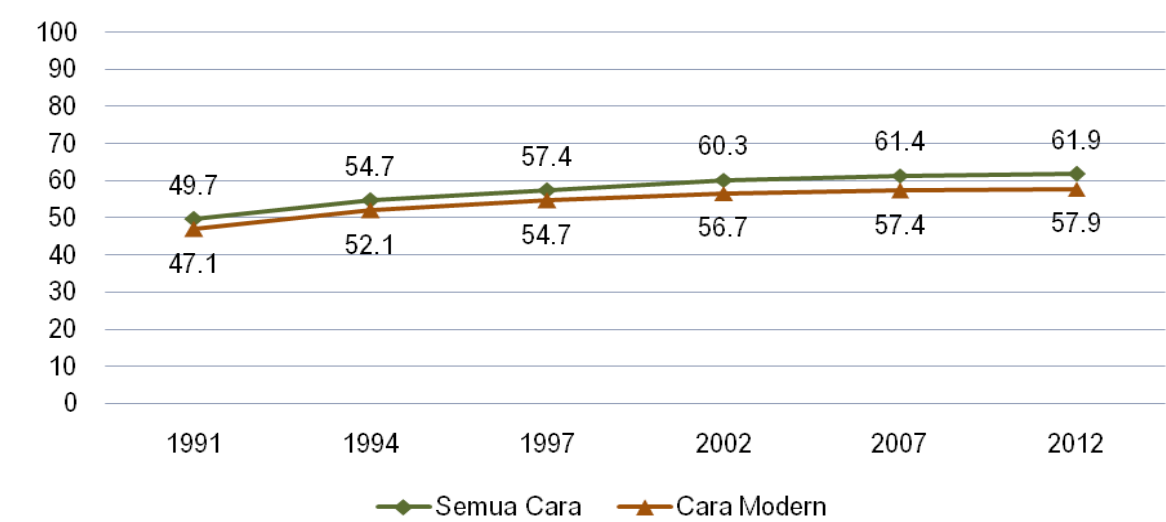
Apabila *unmet need* dihitung dengan cara lama, akan tampak bahwa situasi yang digambarkan oleh hasil SDKI 2012 tidak jauh berubah dibanding dengan situasi yang digambarkan oleh hasil SDKI 2007. Gambar berikut ini menyajikan *unmet need* berdasarkan hasil SDKI Tahun 1991 sampai dengan Tahun 2012.

Gambar 3.9.
Kecenderungan Tingkat *Unmet Need* Tahun 1991-2012

Beberapa faktor yang diperkirakan berpengaruh terhadap terjadinya unmet need antara lain umur, pendidikan, jumlah anak masih hidup, sikap suami terhadap KB, pernah pakai KB, aktivitas ekonomi dan indeks kesejahteraan hidup. *Unmet need* banyak terjadi berkaitan dengan ketakutan terhadap efek samping dan ketidaknyamanan pemakaian kontrasepsi.

Sebesar 12,3% perempuan usia 15-49 tahun tidak ingin menggunakan alokon karena takut efek samping, 10,1% karena masalah kesehatan dan 3,1% karena dilarang oleh suami (alasan *unmet need* bisa lebih dari satu). Data ini menunjukkan bahwa untuk menurunkan *unmet need* dibutuhkan penguatan pelayanan konseling, baik jangkauan maupun kualitasnya. Terlihat pula bahwa *unmet need* juga berkaitan dengan rendahnya kualitas Pelayanan KB.

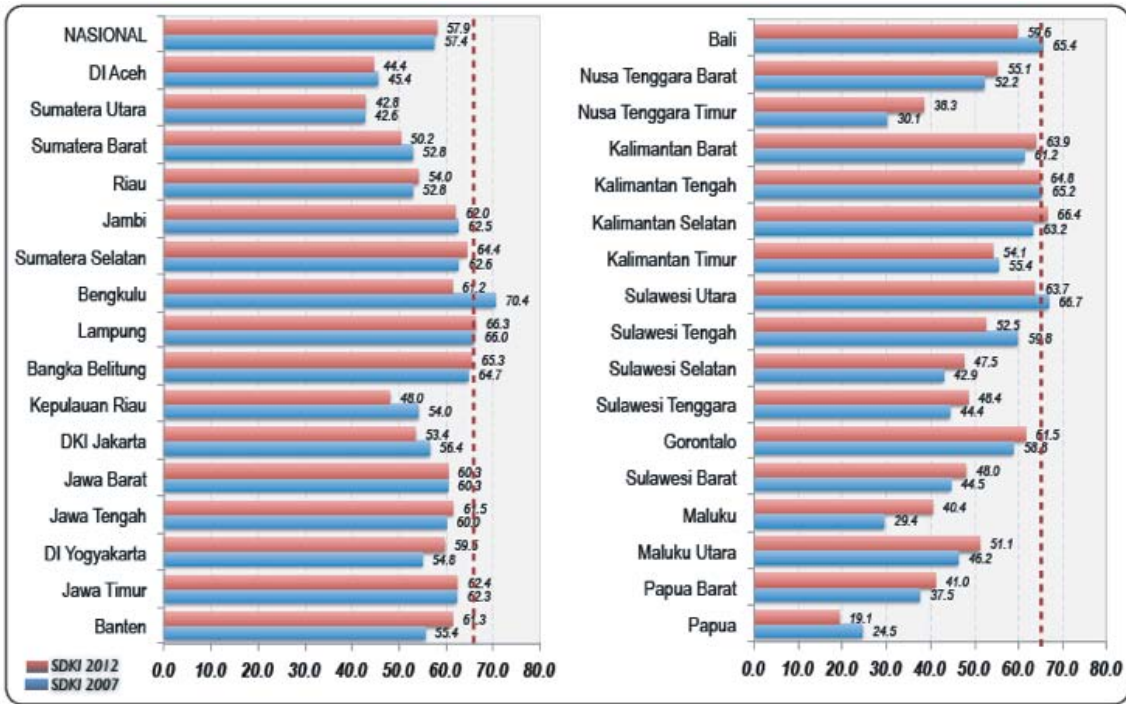
Unmet need dan CPR akan mempengaruhi TFR, yang pada gilirannya akan mempengaruhi AKI. *Unmet need* dapat menyebabkan terjadinya KTD, yang kejadiannya di Indonesia termasuk tinggi. Diperkirakan sekitar 6%-16% kematian ibu disebabkan oleh praktik aborsi yang tidak aman yang dilakukan dalam menanggulangi masalah KTD.

Contraceptive Prevalence Rate.

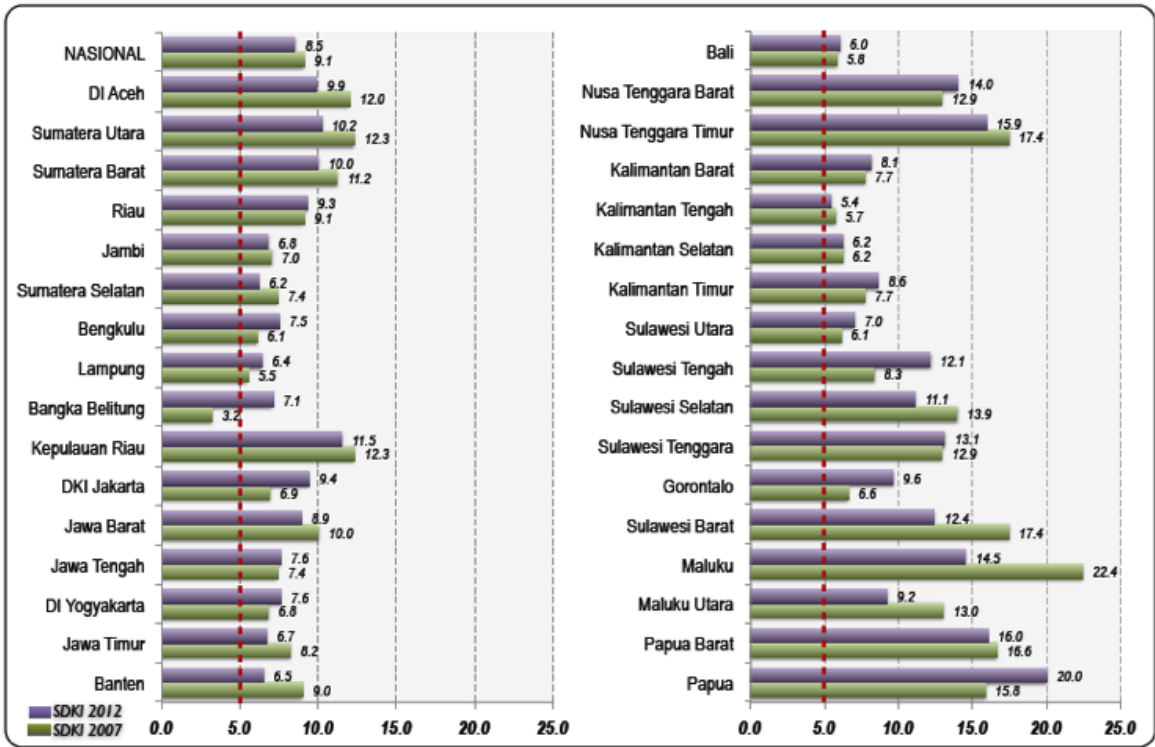
Hasil SDKI tahun 2007 dan 2012 memperlihatkan tidak adanya peningkatan CPR yang berarti. CPR untuk cara modern berubah dari 57,4% pada tahun 2007 menjadi 57,9% pada tahun 2012. Kesenjangan CPR antar provinsi mengindikasikan kurang meratanya jangkauan Pelayanan KB di wilayah Indonesia. Angka tersebut tampak tidak bergerak/ stagnan secara nyata selama sepuluh tahun belakangan ini.

Gambar 3.10.
Kecenderungan CPR di Indonesia Dalam 20 Tahun Terakhir Menurut Hasil SDKI

Disparitas Antar Wilayah.

Gambar berikut ini menggambarkan CPR yang tidak merata di berbagai wilayah Indonesia. CPR yang terendah terdapat di Papua (19,1%) dan yang tertinggi di Kalimantan Tengah (66,4%). CPR di daerah perkotaan (63%) sedikit lebih tinggi daripada di perdesaan (61%). SDKI 2012 menunjukkan bahwa penggunaan cara modern relatif sama di kedua daerah tersebut (masing-masing sebesar 57% dan 58%).

Alokon yang banyak digunakan adalah suntik KB, yaitu 31,1%. Penduduk di perdesaan cenderung lebih banyak menggunakan suntik KB dibanding penduduk di perkotaan. Sebagian besar Pelayanan KB dilakukan oleh bidan praktik mandiri (52,5%). Hanya 12% dilakukan di Puskesmas dan 4,1% di Polindes/ Poskesdes. Angka pemakaian kontrasepsi secara umum meningkat seiring dengan makin tingginya tingkat pendidikan dan tingkat sosial ekonomi.

Gambar 3.11.
CPR di BerbagaiProvinsi di Indonesia Berdasarkan SDKI 2007 dan SDKI 2012

Unmet need juga bervariasi antar provinsi, antar daerah dan antar status sosial-ekonomi. Hasil SDKI 2012 menunjukkan bahwa *unmet need* terendah terdapat di Kalimantan Tengah (5,4%) dan tertinggi di Papua (20%). *Unmet need* di perdesaan (9,2%) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (8,7%).

Unmet need pada perempuan dengan tingkat pendidikan rendah lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan dengan tingkat pendidikan tinggi, yaitu 11% berbanding 8%. *Unmet need* pada perempuan dengan tingkat ekonomi pada kuintil terendah (13%) lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan pada kuintil tertinggi (8%). Hal ini mengindikasikan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan dan kesejahteraan, akan semakin tinggi pula akses terhadap informasi dan layanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi.

Gambar 3.12.
***Unmet Need* di Berbagai Provinsi di Indonesia Berdasarkan SDKI 2007 dan SDKI 2012**

BAB 4. RENCANA AKSI NASIONAL AKSELERASI PENCAPAIAN TARGET PELAYANAN KELUARGA BERENCANA

Rencana Aksi Nasional Pelayanan Keluarga Berencana dilaksanakan dalam konteks desentralisasi yang menjamin integrasi yang mantap dalam perencanaan pembangunan kesehatan serta proses alokasi anggaran dengan fokus pada Pelayanan KB. Gambar berikut ini menjelaskan tantangan yang diidentifikasi, strategi yang digunakan dan program utama yang dikembangkan.

Tantangan :

1. Kurangnya komitmen para pemangku kepentingan, baik pemerintah maupun non pemerintah, dalam penyelenggaraan Pelayanan KB
2. Belum optimalnya ketersediaan, keterjangkauan, dan kualitas Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE dan Konseling
3. Masih rendahnya permintaan atas Pelayanan KB akibat terjadinya perubahan nilai tentang jumlah anak ideal dalam keluarga
4. Masih tingginya kejadian kehamilan yang tidak diinginkan akibat tingginya *unmet need* dan ketidakberlangsungan penggunaan kontrasepsi.
5. Masih tingginya kejadian kehamilan dan persalinan pada remaja perempuan usia 15-19 tahun

Stategi :

1. Penguatan komitmen para pemangku kepentingan, baik pemerintah maupun non pemerintah, dalam penyelenggaraan Pelayanan KB
2. Peningkatan ketersediaan, keterjangkauan, dan kualitas Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE dan Konseling
3. Peningkatan permintaan Pelayanan KB melalui perubahan nilai tentang jumlah anak ideal dalam keluarga
4. Penurunan *unmet need* melalui peningkatan akses, konseling, dan penguatan KB pasca persalinan serta penurunan ketidakberlangsungan penggunaan kontrasepsi melalui peningkatan penggunaan MKJP dan pembinaan KB
5. Penurunan kejadian kehamilan pada remaja usia 15-19 tahun melalui pendewasaan usia nikahdan peningkatan pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi Remaja

Program Utama :

1. Memastikan adanya dukungan kebijakan dan regulasi yang efektif dalam penyelenggaraan Pelayanan KB
2. Meningkatkan kapasitas manajerial penyelenggara Program KKB dan Pelayanan KB
3. Meningkatkan koordinasi antar berbagai unit kerja yang berkaitan dalam penyelenggara Pelayanan KB
4. Melakukan upaya advokasi secara sistematis dan efektif untuk memperoleh dukungan dan partisipasi berbagai kementerian dan lembaga pemerintah, organisasi non-pemerintah, lembaga swadaya masyarakat.
5. Memastikan tersedianya berbagai sumber daya dalam jenis, jumlah dan mutu yang cukup untuk menyelenggarakan Pelayanan KB yang bermutu
6. Memastikan seluruh penduduk mampu menjangkau dan mendapatkan Pelayanan KB Menyelenggarakan pelayanan KIE dan Konseling secara sistematis, efektif dan bermutu untuk menanamkan nilai "2 anak cukup" dan pencegahan "4 terlalu" dan penerimaan terhadap pemakaian kontrasepsi.
7. Melibatkan toma dan toga dan tokoh masyarakat lainnya dalam menanamkan nilai "2 anak cukup", dan pencegahan "4 terlalu" dan penerimaan terhadap pemakaian kontrasepsi
8. Meningkatkan partisipasi pria dalam Program KB.
9. Mencegah terjadinya *unmet need* dan meningkatkan penggunaan MKJP melalui peningkatan pengetahuan tentang pemilihan metode kontrasepsi rasional
10. Menurunkan kejadian efek samping melalui pelaksanaan Pelayanan KB yang bermutu dan memastikan ditanggulanginya kejadian efek samping secara cepat dan tepat.
11. Memastikan kepatuhan akseptor terhadap standar pemakaian kontrasepsi melalui pelayanan konseling yang bermutu
12. Meningkatkan jangkauan dan kualitas Pelayanan KIE dan Konseling bagi remaja untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku berkaitan dengan Kespro dan perencanaan berkeluarga

Gambar 4.1.
Kerangka Pikir Rencana Aksi Nasional Pelayanan KB Tahun 2014-2015

4.1. Tantangan

Hasil analisis situasi menunjukkan adanya beberapa tantangan dalam Pelayanan KB sebagai berikut:

1. Kurangnya komitmen para pemangku kepentingan, baik pemerintah maupun non pemerintah dalam penyelenggaraan Pelayanan KB.
2. Masih rendahnya permintaan atas Pelayanan KB akibat terjadinya perubahan nilai tentang jumlah anak ideal dalam keluarga.
3. Belum optimalnya ketersediaan, keterjangkauan, dan kualitas Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE dan Konseling.
4. Masih tingginya kejadian kehamilan yang tidak diinginkan akibat tingginya *unmet need* dan ketidakberlangsungan penggunaan kontrasepsi.
5. Masih tingginya kejadian kehamilan dan persalinan pada remaja perempuan usia 15-19 tahun.

4.2. Tujuan dan Strategi

Tabel berikut ini meringkaskan strategi yang disusun untuk menanggulangi masalah strategik yang telah diidentifikasi berdasarkan tujuan yang ingin dicapai berkenaan dengan setiap masalah strategik.

Tabel 4.1.
Tantangan, Tujuan dan Strategi

Tantangan	Tujuan	Strategi
1. Kurangnya komitmen para pemangku kepentingan, baik pemerintah maupun non pemerintah,dalam penyelenggaraan Pelayanan KB	1.1. Adanya dukungan kebijakan dan regulasi yang lebih kuat dan efektif dalam penyelenggaraan Pelayanan KB 1.2. Adanya dukungan dan partisipasi yang lebih kuat dan efektif dalam penyelenggaraan Pelayanan KB dari non pemerintah (swasta, organisasi dan masyarakat) 1.3. Meningkatnya kapasitas manajerial penyelenggaraan Pelayanan KB	**Strategi 1: Penguatan komitmen para pemangku kepentingan, baik pemerintah maupun non pemerintah,dalam penyelenggaraan Pelayanan KB**
2. Belum optimalnya ketersediaan, keterjangkauan, dan kualitas Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE dan Konseling	2.1. Terjaminnya ketersediaan sumber daya (tenaga, fasilitas pelayanan, peralatan, alat dan obat kontrasepsi) untuk penyelenggaraan Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE dan Konseling 2.2. Terjaminnya ketersediaan Pelayanan, termasuk pelayanan KIE dan Konseling 2.3. Terjaminnya keterjangkauan Pelayanan KB oleh seluruh masyarakat, termasuk pelayanan KIE dan Konseling 2.4. Terjaminnya kualitas Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE dan Konseling	**Strategi 2: Peningkatan ketersediaan, keterjangkauan, dan kualitas Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE dan Konseling**
3. Masih rendahnya permintaan atas Pelayanan KB akibat terjadinya perubahan nilai tentang jumlah anak ideal dalam keluarga	3.1. Berubahnya nilai masyarakat tentang jumlah anak ideal dalam keluarga menjadi "2 anak cukup". 3.2. Menguatnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya pencegahan "4 terlalu". 3.3. Meningkatnya pemahaman masyarakat tentang alat dan obat kontrasepsi 3.4. Meningkatnya dukungan tokoh-tokoh agama/adat/ masyarakat lainnya terhadap nilai "2 anak cukup", pentingnya pencegahan "4 terlalu", dan penerimaan terhadap pemakaian kontrasepsi. 3.5.Meningkatnya partisipasi pria dalam ber-KB	**Strategi 3: Peningkatan permintaan Pelayanan KB melalui perubahan nilai tentang jumlah anak ideal dalam keluarga**

Tantangan	Tujuan	Strategi
4. Masih tingginya kejadian kehamilan yang tidak diinginkan akibat tingginya kejadian *unmet need* dan ketidakberlangsungan penggunaan kontrasepsi.	4.1. Meningkatnya pemakaian alat kontrasepsi jangka panjang 4.2. Menurunnya kejadian *unmet need* 4.3. Menurunnya ketidakberlangsungan pemakaian kontrasepsi 4.4. Menurunnya kejadian kegagalan KB 4.5. Menurunnya kejadian komplikasi KB	**Strategi 4: Penurunan *unmet need* melalui peningkatan akses, konseling, dan penguatan KB pasca persalinan serta penurunan ketidak-berlangsungan penggunaan kontrasepsimelalui peningkatan penggunaan MKJP dan pembinaan KB**
5. Masih tingginya kejadian kehamilan dan persalinan pada remaja perempuan usia 15-19 tahun.	5.1. Meningkatnya akses remaja terhadap pelayanan kesehatan reproduksi 5.2. Meningkatnya pengetahuan, sikap dan perilaku remaja berkaitan dengan Kesehatan Reproduksi 5.3. Meningkatnya rata-rata usia nikah pertama	**Strategi 5: Penurunan kejadian kehamilan pada remaja usia 15-19 tahun melalui pendewasaan usia nikahdan peningkatan pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi Remaja**

4.3. Strategi dan Program

4.3.1. Perhatian Terhadap Wilayah Penyangga Utama

Untuk mendekati tercapainya target MDGs pada tahun 2015 upaya khusus perlu difokuskan ke daerah-daerah yang akan memberikan daya ungkit besar terhadap pencapaian target. Daerah yang dimaksud adalah daerah yang memiliki populasi terbesar dan daerah yang memiliki tingkat *unmet need* tertinggi. Memperhatikan kedua kriteria tersebut, maka pembinaan dan peningkatan kesertaan ber-KB melalui intensifikasi penggarapan pembangunan KB di 9 provinsi fokus sangatlah tepat. Kesepuluh provinsi tersebut adalah Sumatera Utara, Sumatera Selatan, Lampung, Jawa Barat, Banten, DKI Jakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulawesi Selatan. Perhatian lebih khusus dapat diarahkan ke provinsi-provinsi di Pulau Jawa, mengingat sekitar 60% populasi Indonesia berada di Pulau Jawa.

4.3.2. Strategi, Program Utama dan Sub-program

Tabel berikut ini menyajikan berbagai program untuk masing-masing strategi berikut sub-programnya.

Tabel 4.2.
Strategi, Program Utama dan Sub-Program

Strategi	Program Utama	Sub-Program
Strategi 1: **Penguatan komitmen para pemangku kepentingan, baik pemerintah maupun non pemerintah, dalam penyelenggaraan Pelayanan KB**	1.1. Memastikan adanya dukungan kebijakan dan regulasi yang efektif dalam penyelenggaraan Pelayanan KB	1.1.1. Mengembangkan regulasi yang efektif untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan KB dengan penguatan struktur dan kapasitas kelembagaan Program KKB
		1.1.2. Sosialisasi Standar Pelayanan Minimal KB-KS
		1.1.3. Pemantauan dan evaluasi pemenuhan Standar Pelayanan KB-KS
		1.1.4. Menelaah peraturan perundangan yang terkait dengan praktik kedokter-an dan pelayanan KB (bidan, CTU, dan topik lain)
		1.1.5. Pelayanan KB di fasilitas keseha-tan
	1.2. Meningkatkan kapasitas manajerial penyelenggara Program KKB dan Pelayanan KB pada berbagai tingkat administratif	1.2.1. Melakukan pelatihan manajemen Program KKB bagi penyelenggara Program KKB pada berbagai tingkat administratif.
		1.2.2. Melakukan pelatihan manajemen Pelayanan KB bagi penyelenggara Pelayanan KB pada berbagai tingkat administratif.
	1.3. Meningkatkan koordinasi antar berbagai unit kerja yang berkaitan dalam penyelenggara Pelayanan KB pada berbagai tingkat administratif	1.3.1. Menerbitkan SK Menteri terkait kerjasama pelayanan KB lintas sektor, maupun antar berbagai tingkat administratif.
		1.3.2. Supervisi dan fasilitasi ke daerah
		1.3.3. Peningkatan koordinasi Pelayanan KB

Strategi	Program Utama	Sub-Program
	1.4. Melakukan upaya advokasi secara sistematis dan efektif untuk memperoleh dukungan dan partisipasi berbagai kementerian dan lembaga pemerintah, organisasi non-pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, dan lembaga donor terhadap Program KKB dan penyelenggaraan Pelayanan KB pada berbagai tingkat administratif.	1.4.1. Mengembangkan strategi advokasi yang efektif untuk memperoleh dukungan dan partisipasi berbagai kementerian dan lembaga pemerintah, organisasi non-pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, dan lembaga donor terhadap Program KKB dan penyelenggaraan Pelayanan KB pada berbagai tingkat administratif.
		1.4.2. Menyiapkan bahan advokasi yang efektif untuk memperoleh dukungan dan partisipasi berbagai kementerian dan lembaga pemerintah, organisasi non-pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, dan lembaga donor terhadap Program KKB dan penyelenggaraan Pelayanan KB pada berbagai tingkat administratif.
		1.4.3. Melakukan advokasi yang efektif untuk memperoleh dukungan dan partisipasi berbagai kementerian dan lembaga pemerintah, organisasi non-pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, dan lembaga donor terhadap Program KKB dan penyelenggaraan Pelayanan KB pada berbagai tingkat administratif.
Strategi 2: **Peningkatan ketersediaan, keterjangkauan, dan kualitas Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE dan Konseling**	2.1. Memastikan tersedianya berbagai sumber daya dalam jenis, jumlah dan mutu yang cukup untuk menyelenggarakan Pelayanan KB yang bermutu, termasuk pelayanan KIE dan Konseling.	2.1.1. Merencanakan, mengadakan, dan mengalokasikan tenaga dengan jumlah dan kualifikasi yang sesuai untuk menyelenggarakan Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE dan Konseling.
		2.1.2. Merencanakan dan melaksanakan pelatihan tenaga pelaksana Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE, guna memastikan dikuasainya kompetensi yang dibutuhkan.
		2.1.3. Merencanakan dan mengadakan fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu memberikan Pelayanan KB yang bermutu, termasuk pelayanan KIE dan Konseling.
		2.1.4. Merencanakan, mengadakan dan mendistribusikan bahan dan alat bantu dengan jenis, jumlah dan mutu yang cukup untuk menyelenggarakan pelayanan KIE dan Konseling.
		2.1.5. Merencanakan, mengadakan dan mendistribusikan bahan dan alat bantu dengan jenis, jumlah dan mutu yang cukup untuk menyelenggarakan pelayanan KIE dan Konseling
		2.1.6. Merencanakan, mengadakan dan mendistribusikan alat dan obat kontrasepsi dengan jenis, jumlah dan kualitas yang cukup untuk menyelenggarakan Pelayanan KB
		2.1.7. Merencanakan dan melaksanakan upaya pengendalian mutu Pelayanan KB pada berbagai tingkat administratif.
	2.2. Memastikan seluruh penduduk mampu menjangkau dan mendapatkan Pelayanan KB yang dibutuhkan, termasuk pelayanan KIE dan Konseling.	2.2.1. Menyelenggarakan Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE dan Konseling, di fasilitas pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau oleh masyarakat.
		2.2.2. Menyelenggarakan *outreach services* untuk menjangkau penduduk yang tidak mudah menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE dan Konseling.
		2.2.3. Menyelenggarakan Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE dan Konseling, dengan harga yang terjangkau oleh daya beli masyarakat.
		2.2.4. Menyelenggarakan jaminan pembiayaan bagi masyarakat miskin untuk memperoleh Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE dan Konseling.

Strategi	Program Utama	Sub-Program
Strategi 3 : **Peningkatan permintaan Pelayanan KB melalui perubahan nilai tentang jumlah anak ideal dalam keluarga**	3.1. Menyelenggarakan pelayanan KIE dan Konseling secara sistematis, efektif dan bermutu untuk menanamkan nilai "2 anak cukup", meningkatkan pemahaman tentang pentingnya pencegahan "4 terlalu" dan penerimaan terhadap pemakaian kontrasepsi.	3.1.1. Mengembangkan dan menyosialisasikan strategi dan metode pelayanan KIE yang sistematik dan efektif untuk menanamkan nilai "2 anak cukup", meningkatkan pemahaman tentang pentingnya pencegahan "4 terlalu" dan penerimaan terhadap pemakaian kontrasepsi.
		3.1.2. Mengembangkan, mengadakan dan mendistribusikan alat bantu pelayanan KIE yang efektif untuk menanamkan nilai "2 anak cukup", meningkatkan pemahaman tentang pentingnya pencegahan "4 terlalu" dan penerimaan terhadap pemakaian kontrasepsi.
		3.1.3. Mengembangkan pemahaman mengenai kesehatan kehamilan, bersalin, nifas, KB serta komplikasi kehamilan dan pencegahannya melalui pemberdayaan peran Bidan, kader dan masyarakat.
	3.2. Melibatkan tokoh-tokoh agama, tokoh-tokoh adat dan tokoh-tokoh masyarakat lainnya dalam menanamkan nilai "2 anak cukup", meningkatkan pemahaman tentang pentingnya pencegahan "4 terlalu" dan penerimaan terhadap pemakaian kontrasepsi.	3.2.1. Melakukan kegiatan KIE kepada pemangku kepentingan terkait dan tokoh-tokoh masyarakat secara sistematik dan efektif untuk menanamkan nilai "2 anak cukup", meningkatkan pemahaman tentang pentingnya pencegahan "4 terlalu" dan penerimaan terhadap pemakaian kontrasepsi.
		3.2.2. Bersama-sama dengan pemangku kepentingan terkait dan tokoh-tokoh masyarakat melaksanakan pelayanan KIE secara sistematik dan efektif untuk menanamkan nilai "2 anak cukup", meningkatkan pemahaman tentang pentingnya pencegahan "4 terlalu" dan penerimaan terhadap pemakaian kontrasepsi.
		3.2.3. Penyiapan lapangan untuk penggerakan calon akseptor dan PA
		3.2.4. Pembinaan peserta KB baru dan PA (ulangan)
		3.2.5. Pemantauan dan pelaporan
	3.3. Meningkatkan partisipasi pria dalam Program KB.	3.3.1. Mengembangkan metode pelayanan KIE bagi pria yang efektif untuk meningkatkan partisipasi pria dalam Program KB.
		3.3.2. Mengembangkan, mengadakan dan mendistribusikan alat bantu pelayanan KIE bagi pria yang efektif untuk meningkatkan partisipasi pria dalam Program KB.
		3.3.3. Bersama-sama dengan pemangku kepentingan terkait dan tokoh-tokoh masyarakat melaksanakan pelayanan KIE bagi pria guna meningkatkan partisipasi pria dalam Program KB.
Strategi 4 : **Penurunan *unmet need* melalui peningkatan akses, konseling, dan penguatan KB pascapersalinan serta penurunan Ketidakberlangsungan penggunaan kontrasepsi melalui peningkatan penggunaan MKJP dan pembinaan KB**	4.1. Mencegah terjadinya *unmet need* dan meningkatkan penggunaan MKJP melalui peningkatan pengetahuan tentang pemilihan metode kontrasepsi rasional	4.1.1. Mengembangkan metode pelayanan konseling untuk meningkatkan pengetahuan calon akseptor/akseptor tentang pemilihan metode kontrasepsi rasional.
		4.1.2. Mengembangkan, mengadakan dan mendistribusikan alat bantu pelayanan konseling untuk meningkatkan pengetahuan calon akseptor/akseptor tentang pemilihan metode kontrasepsi rasional.
		4.1.3. Reorientasi pentingnya MKJP dan KB Pasca persalinan
		4.1.4. Meningkatkan kemampuan konseling tentang manfaat alkon khususnya IUD dan implant.
		4.1.5. Melaksanakan konseling guna meningkatkan pengetahuan calon akseptor/akseptor tentang pemilihan metode kontrasepsi rasional.

Strategi	Program Utama	Sub-Program
	4.2. Menurunkan kejadian efek samping melalui pelaksanaan Pelayanan KB yang bermutu dan memastikan ditanggulanginya kejadian efek samping secara cepat dan tepat.	4.2.1. Meningkatkan keterampilan tenaga kesehatan dalam memberikan Pelayanan KB
		4.2.2. Meningkatkan kemampuan pelatih dalam memberikan pelatihan Pelayanan KBtentang pentingnya pencegahan "4 terlalu" dan penerimaan terhadap pemakaian kontrasepsi.
		4.2.3. Meningkatkan kapasitas tenaga pendidik dalam memberikan pendidikan pelayanan KB
		4.2.4. Menjamin mutu Pelayanan KB melalui kegiatan supervisi fasilitatif.
		4.2.5. Memantapkan asuhan kebidanan KB MKJP (IUD dan susuk KB) di RS dan Puskesmas
	4.3. Memastikan kepatuhan akseptor terhadap standar pemakaian kontrasepsi melalui pelayanan konseling yang bermutu	4.3.1. Mengembangkan metode pelayanan konseling untuk meningkatkan kepatuhan calon akseptor/akseptor terhadap standar pemakaian kontrasepsi.
		4.3.2. Mengembangkan, mengadakan dan mendistribusian alat bantu pelayanan konseling untuk meningkatkan kepatuhan calon akseptor/akseptor terhadap standar pemakaian kontrasepsi
		4.3.3. Melaksanakan konseling guna meningkatkan kepatuhan calon akseptor/akseptor terhadap standar pemakaian kontrasepsi.
Strategi 5: **Penurunan kejadian kehamilan pada remaja usia 15-19 tahun melalui pendewasaan usia nikah dan**	5.1. Meningkatkan jangkauan dan kualitas Pelayanan KIE dan Konseling bagi remaja untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku berkaitan dengan Kesehatan Reproduksi dan perencanaan berkeluarga.	5.1.1. Mengembangkan strategi dan metode pelayanan KIE dan Konseling yang sistematis dan efektif untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku remaja berkaitan dengan Kesehatan Reproduksi dan perencanaan berkeluarga.

Strategi	Program Utama	Sub-Program
peningkatan pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi Remaja		5.1.2. Mengembangkan, mengadakan dan mendistribusikan alat bantu pelayanan KIE dan Konseling untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku remaja berkaitan dengan Kesehatan Reproduksi dan perencanaan berkeluarga.
		5.1.3. Bersama-sama dengan pemangku kepentingan terkait dan tokoh-tokoh masyarakat menyelenggarakan pelayanan KIE dan Konseling untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku remaja berkaitan dengan Kesehatan Reproduksi dan perencanaan berkeluarga.
		5.1.4. Meningkatkan peran remaja dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku dalam kesehatan reproduksi dan perencanaan berkeluarga.

4.4. Kegiatan, Indikator, Target, Cara Verifikasi, Penanggung Jawab dan Pelaksana

RAN Pelayanan KB yang secara lengkap disajikan pada Lampiran-1 mencakup informasi tentang:

1. Strategi
2. Program Utama
3. Sub-Program
4. Kegiatan
5. Indikator
6. Target
7. Cara verifikasi
8. Unit penanggung jawab
9. Pelaksana

BAB 5. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

5.1. Indikator Keberhasilan Pelayanan Keluarga Berencana

Pencapaian upaya Akselerasi Pencapaian Target Pelayanan Keluarga Berencana diukur dengan enam indikator, yaitu tiga indikator luaran Pelayanan KB dan tiga 3 indikator mutu Pelayanan KB. Indikator luaran Pelayanan KB adalah CPR cara modern, tingkat *unmet need* dan ASFR usia 15-19 tahun, sementara indikator mutu Pelayanan KB adalah angka komplikasi kontrasepsi, tingkat ketidakberlangsungan penggunaan kontrasepsi dan angka kegagalan kontrasepsi.

1. Cakupan Peserta KB Aktif atau *Contraceptive Prevalence Rate (CPR)*

CPR adalah angka yang menunjukkan berapa banyaknya Pasangan Usia Subur (selanjutnya disingkat PUS) yang sedang memakai kontrasepsi pada saat pencacahan dibandingkan dengan seluruh PUS. Informasi tentang besarnya CPR sangat bermanfaat untuk menetapkan kebijakan pengendalian kependudukan serta penyediaan Pelayanan KB baik dalam bentuk mempersiapkan pelayanan kontrasepsi seperti sterilisasi, pemasangan AKDR, persiapan alat dan obat kontrasepsi, serta pelayanan konseling untuk menampung kebutuhan dan menanggapi keluhan pemakaian kontrasepsi. Persentase PUS yang sedang memakai suatu cara KB dihitung dengan cara membagi jumlah PUS yang sedang memakai suatu cara KB dengan jumlah PUS, kemudian dikalikan dengan 100%. CPR metode modern adalah jumlah PUS yang sedang menggunakan cara KB modern dibagi jumlah PUS dikalikan 100%.

2. *Unmet Need*

Unmet need atau kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi adalah persentase perempuan usia subur yang tidak ingin mempunyai anak lagi atau ingin menunda kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat/obat kontrasepsi.

3. Jumlah kabupaten/kota yang memiliki minimal 4 Puskesmas mampu laksana PKPR.

Target dihitung dengan presentase kabupaten/kota yang mempunyai minimal 4 Puskesmas mampu PKPR dibandingkan dengan jumlah seluruh kabupaten/kota. Puskesmas mampu PKPR adalah Puskesmas yang memberikan pelayanan konseling kepada semua remaja yang memerlukan konseling yang kontak dengan petugas kesehatan, membina minimal 1 sekolah (sekolah umum, sekolah berbasis agama) dan melatih Kader Kesehatan Remaja/ Konselor Sebaya sebanyak 10% dari jumlah murid di sekolah binaan.

4. Persentase Komplikasi

Komplikasi adalah kejadian peserta KB baru atau lama yang mengalami gangguan kesehatan mengarah pada keadaan patologis sebagai akibat dari proses tindakan/pemberian/ pemasangan alat dan obat kontrasepsi yang digunakan seperti perdarahan, infeksi/abses, fluor albus bersifat patologis, perforasi, translokasi, hematoma, tekanan darah meningkat, perubahan kadar hemoglobin, ekspulsi. Komplikasi yang terjadi dalam periode satu tahun kalender dihitung satu kali, dihitung per metode AKDR, susuk KB, suntik KB, pil KB, MOW dan MOW. Persentase Komplikasi (per metode kontrasepsi) adalah jumlah peserta KB aktif yang mengalami komplikasi dibagi jumlah peserta KB aktif dikali 100%.

5. Persentase Ketidakberlangsungan (drop out)

Ketidakberlangsungan adalah peserta KB aktif yang tidak melanjutkan penggunaan kontrasepsi. Persentase Ketidakberlangsungan adalah jumlah peserta yang tidak melanjutkan penggunaan kontrasepsi dibagi jumlah peserta aktif dikali 100%.

6. Persentase Kegagalan Kontrasepsi

Kegagalan kontrasepsi adalah kasus terjadinya kehamilan pada akseptor KB aktif yang pada saat tersebut menggunakan metode kontrasepsi. Persentase Kegagalan Kontrasepsi adalah jumlah peserta KB yang mengalami kegagalan dibagi jumlah peserta KB aktif dikali 100%.

5.2. Perencanaan dan Pelaksanaan Pelayanan KB

Pelayanan KB dikelola dengan mengikuti kaidah manajemen program yang meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan dan evaluasi.

5.2.1. Perencanaan Pelayanan KB

Langkah pertama perencanaan Pelayanan KB adalah menentukan jumlah sasaran Pelayanan KB dan penghitungan kebutuhan alokon. Perencanaan Pelayanan KB dilaksanakan ada saat minilokakarya dan terpadu dengan Pelayanan KIA lain. Sasaran Pelayanan KB ditentukan berdasarkan hasil pendataan.

5.2.2. Pelaksanaan Pelayanan KB

Pelayanan KB dilaksanakan dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Persiapan
Sebelum memberikan Pelayanan KB harus lebih dahulu dilakukan konseling. Konseling dapat dilakukan pada berbagai kesempatan kontak antara calon akseptor dan petugas kesehatan, misalnya pada saat pemeriksaan antenatal, pada saat menyusun amanat persalinan (terpadu dalam P4K), pada saat Kelas Ibu Hamil dan Kelas Ibu Balita, dan pada saat calon akseptor mengunjungi petugas kesehatan untuk mencari informasi tentang KB dan/atau untuk mendapatkan Pelayanan KB. Titik berat konseling adalah meningkatkan kemampuan calon akseptor untuk dapat membuat keputusan yang tepat berkaitan dengan perencanaan kehamilannya, termasuk keputusan untuk menggunakan alokon dan jenis alokon yang digunakan. Tahap persiapan diakhiri dengan pengisian *informed consent*. Informasi tentang KB juga dapat diberikan pada saat Kelas Ibu Hamil dan Kelas Ibu Balita.

2. Pelaksanaan
Fasilitas Pelayanan KB adalah salah satu mata rantai fasilitas pelayanan medis KB yang terpadu dengan pelayanan kesehatan umum di fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh tenaga profesional yaitu dokter spesialis diklasifikasikan menjadi:

a. Fasilitas Pelayanan KB Sederhana
Fasilitas Pelayanan KB Sederhana adalah fasilitas yang mampu dan berwenang memberikan pelayanan kontrasepsi metode sederhana (kondom, obat vaginal), pil KB, suntik KB, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), dan susuk KB (jika terdapat bidan terlatih), menanggulangi efek samping dan komplikasi ringan, dan melakukan upaya rujukan. Fasilitas ini merupakan bagian dari Pondok Bersalin Desa (Polindes), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (Pustu), Balai Pengobatan swasta, Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA) swasta, Pos Kesehatan TNI/Polri, fasilitas KB khusus (pemerintah maupun swasta), serta dokter dan bidan praktek mandiri.

b. Fasilitas Pelayanan KB Lengkap
Fasilitas Pelayanan KB Lengkap adalah fasilitas yang mampu dan berwenang memberikan pelayanan kontrasepsi metode sederhana (kondom, obat vaginal), pil KB, suntik KB, AKDR, pemasangan dan pencabutan susuk KB dan MOP bagi yang memennuhi persyaratan. Fasilitas ini merupakan bagian dari Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Balai Pengobatan swasta, BKIA swasta, Poliklinik TNI/Polri, dan Rumah Bersalin.

c. Fasilitas Pelayanan KB Sempurna
Fasilitas Pelayanan KB Sempurna adalah fasilitas yang mampu dan berwenang memberikan pelayanan kontrasepsi metode sederhana (kondom, obat vaginal), pil KB, suntik KB, AKDR, pemasangan dan pencabutan susuk KB, Metode Operasi Pria (MOP) dan Metode Operasi Wanita (MOW) bagi yang memenuhi persyaratan. Fasilitas ini merupakan bagian dari Rumah Sakit Umum Kelas C, Rumah Sakit Umum swasta setara, Rumah Sakit Umum TNI/Polri yang memiliki dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dokter spesialis bedah, dan dokter umum yang telah dilatih, dan Rumah Sakit Bersalin.

d. Fasilitas Pelayanan KB Paripurna
Fasilitas Pelayanan KB Paripurna adalah fasilitas yang mampu dan berwenang memberikan semua jenis pelayanan kontrasepsi ditambah dengan pelayanan rekanalisasi dan penanggulangan infertilitas. Fasilitas ini merupakan bagian dari Rumah Sakit Umum Kelas A, Rumah Sakit Umum TNI/Polri Kelas I, Rumah Sakit Umum swasta setara, dan Rumah Sakit Umum Kelas B yang sudah ditetapkan sebagai tempat rekanalisasi.

5.2.3. Pencatatan dan Pelaporan

Hasil Pelayanan KB adalah hasil kegiatan Pelayanan KB yang dilaksanakan oleh fasilitas Pelayanan KB, baik pada fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah (Pustu, Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah, unit pelayanan kesehatan milik TNI/Polri), fasilitas pelayanan kesehatan swasta (Bidan Praktek Mandiri (BPM), Dokter Praktek Mandiri, klinik praktek bersama, Rumah Sakit Swasta, Rumah Bersalin, Rumah Sakit Bersalin), maupun pada saat pelayanan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Polindes dan Poskesdes. Semua kegiatan Pelayanan KB harus dicatat dengan menggunakan format pencatatan yang ada (Kohort KB, Kohort Nifas, Kartu Status Peserta KB/K4, dan F2 KB) dan kemudian dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan SKPD KB setempat.

1. Pencatatan
Setiap fasilitas Pelayanan KB mencatat semua hasil Pelayanan KB di dalam formulir register Kohort KB, Kohort Nifas, Kartu Status Peserta KB/K4, dan F2 KB.

2. Pelaporan
Setiap fasilitas Pelayanan KB melaporkan hasil pelayanan yang dilakukannya setiap bulan ke Puskesmas setempat.Setiap bulan Puskesmas mendapatkan data dari seluruh fasilitas Pelayanan KB yang berada di wilayah kerjanya untuk selanjutnya dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan SKPD KB setempat. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi untuk selanjutnya dilaporkan ke tingkat pusat.

5.3. Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan kemajuan Akselerasi Pencapaian Target Pelayanan Keluarga Berencana dilakukan dengan mengumpulkan dan mengkaji laporan kegiatan bulanan Program KKB dan Pelayanan KB. Berikut ini adalah beberapa kegiatan yang perlu dilakukan sebagai bagian dari upaya pemantauan dan evaluasi keberhasilan Akselerasi Pencapaian Target Pelayanan Keluarga Berencana.

1. Mengembangkan sistem pencatatan dan pelaporan terintegrasi yang merupakan konsensus bersama antar berbagai pemangku kepentingan tentang data yang perlu dicatat dan dilaporkan secara rutin dan berjenjang. Perlu dikembangkan format pencatatan dan pelaporan yang sederhana namun informatif berikut alur pelaporan yang sederhana dan efektif.

2. Melakukan analisis laporan rutin dari Dinas Kesehatan Provinsi tentang indikator keberhasilan Pelayanan KB yaitu TFR, CPR metode modern, ASFR remaja 15-19 tahun, Kehamilan yang Tidak Dikehendaki, dan Tingkat *Unmet Need*.

3. Melakukan diseminasi informasi secara berkala tentang tingkat keberhasilan Pelayanan KB kepada berbagai pemangku kepentingan yang terkait.

4. Melaksanakan supervisi secara berjenjang ke tingkat provinsi dan kabupaten/kota untuk melihat secara langsung berbagai masalah yang dihadapi dalam upaya percepatan pencapaian target Pelayanan KB.

5. Melaksanakan rapat Tim Pemantauan dan Evaluasi keberhasilan Pelayanan KB yang melibatkan seluruh pemangku kepentingan terkait, antara lain Kementerian Kesehatan, BKKBN, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional, Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Tim Penggerak PKK, organisasi-organisasi profesi (IBI, IDI, POGI, IAKMI), lembaga-lembaga swadaya masyarakat, dan organisasi-organisasi non-pemerintah.

6. Melaksanakan perencanaan tahunan yang berbasis data dan terintegrasi dengan semua sumber dana yang dapat dimanfaatkan untuk mendukung pencapaian target Pelayanan KB. Selain menggunakan data rutin, data dari berbagai survei nasional seperti SDKI, Susenas, Riskesdas dan Risfaskes dapat pula digunakan dalam proses perencanaan.

DAFTAR RUJUKAN

Badan Litbang Kesehatan, Laporan Nasional Riset Fasilitas Kesehatan 2011, Jakarta, 2012

Badan Litbang Kesehatan, Kajian Determinan Kematian Maternal Di Lima Region, Jakarta, 2012

Badan Litbang Kesehatan, Laporan Riset Kesehatan Dasar 2010, Jakarta, 2011

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Badan Pusat StatistikKementerian Kesehatan, Survei Demografi danKesehatan Indonesia1991

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Badan Pusat StatistikKementerian Kesehatan, Survei Demografi danKesehatan Indonesia1994

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Badan Pusat StatistikKementerian Kesehatan, Survei Demografi danKesehatan Indonesia1997

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Badan Pusat StatistikKementerian Kesehatan, Survei Demografi danKesehatan Indonesia2002-2003

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Badan Pusat StatistikKementerian Kesehatan, Survei Demografi danKesehatan Indonesia2007

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Badan Pusat StatistikKementerian Kesehatan, Survei Demografi danKesehatan Indonesia2012

Badan Pusat Statistik. Statistik Penduduk Indonesia2010 (Hasil SP 2010).Agustus 2012. ISSN: 978-979-064-949-6. Katalog BPS 4104001, p. 20–23. Diunduhdarihttp://www.bps.go.id/hasil_publikasi/dok_komp_sp2010/index3.php?pub=Dokumentasi%20Komprehensif%20Sensus%20Penduduk%202010%20Indonesiapadatanggal 8 September 2013

Kathryn A. Phillips, Kathleen R. Morrison, Ronald Andersen and Lu Ann Aday.Understanding the Context ofHealthcare Utilization: AssessingEnvironmental and Provider-RelatedVariables in the Behavioral Model ofUtilization. HSR: Health Services Research 33:3 (August 1998)

Kementerian Kesehatan. Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan di Fasilitas Kesehatan. 2012.

Kementerian Kesehatan. Pedoman Sistem Pencatatan dan Pelaporan Pelayanan Keluarga Berencana. 2012

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional.

Peraturan Presiden No. 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional.

Surat Keputusan MenteriKesehatanNomor 758/Menkes/SK/IV/2011 tentangPenetapanKabupaten, Kecamatan dan Puskesmas di Perbatasan Darat dan Pulau-pulau Kecil Terluar Berpenduduk yang menjadi Sasaran Prioritas Nasional Program Pelayanan Kesehatan di DTPK TA 2010 – 2014

Surat Keputusan MenteriKesehatanNomor 160/Menkes/SK/IV/2010 tentangRencanaStrategis Kementerian Kesehatan

Teti Rachmawati dkk, Riset Evaluasi Pemberdayaan Masyarakat, Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Surabaya, 2013. http://id.scribd.com/doc/120760873/Riset-Evaluasi-Jampersal

Unicef Indonesia. Ringkasana Kajian Ibu dan Anak, Oktober 2012

Undang-undangRepublikIndonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-undangRepublikIndonesia Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga

Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Editor, BiranAffandi, dkk.Ed. 3, Cetakan kedua. PT BinaPustakaSarwonoPrawirohardjo, Jakarta. 2012

LAMPIRAN 1:
RENCANA AKSI NASIONAL PELAYANAN KELUARGA BERENCANA
TAHUN 2014-2015

Program Utama	Sub-Program	Kegiatan	Indikator	Target		Cara Verifikasi	Unit Penanggung Jawab	Pelaksana [Pusat, Provinsi, Kab/Kota]
				2014	2015			
Strategi 1: Penguatan komitmen para pemangku kepentingan, baik pemerintah maupun non-pemerintah, dalam penyelenggaraan Pelayanan KB								
1.1. Memastikan adanya dukungan kebijakan dan regulasi yang efektif dalam penyelenggaraan Pelayanan KB	1.1.1. Mengembangkan regulasi yang efektif untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan KB dengan penguatan struktur dan kapasitas kelembagaan Program KKB	1.1.1.1.Melakukan sosialisasi UU No.52 Tahun 2009 ke tingkat kabupaten/kota: DPRD, Sekda, Bappeda	Tercapainya Kab/kota yang memiliki BKKBD	5 BKKBD tiap provinsi		Laporan pembentuk-an BKKBD (SK Bupati)	BKKBN Kemendagri	
		1.1.1.2. Menyusun PP tentang Program KKB dan Sistem Informasi Keluarga	Tersusunnya PP tttg KKB dan SIK	1 PP		Laporan terbentuk-nya PP (lembaran Negara)	BKKBN Kemendagri	
	1.1.2.Sosialisasi Standar Pelayanan Minimal KB-KS	1.1.2.1. Melaksanakan pertemuan bersama dengan Bappeda, DPRD dan *stakeholder* terkait	Tersosialisasinya SPM KB-KS pada tingkat SKPD-KB kabupaten/kota di seluruh provinsi dengan prioritas tahun 2014 di 10 provinsi penyangga utama	• Tersedia materi sosialisasi • Diseminasi materi bagi Pemda, SKPD, provider, IBI, IDI, mitra kerja, kader dan Pembina kader bidang KB/KS (100% di provinsi wilayah penyangga utama)	• Tersedia materi sosialisasi • Diseminasi materi bagi Pemda, SKPD, provider, IBI, IDI, mitra kerja, kader dan Pembina kader bidang KB/KS (100% di seluruh provinsi)	Laporan kegiatan sosialisasi	BKKBN	Pusat Provinsi
	1.1.3. Pemantauan dan evaluasi pemenuhan Standar Pelayanan KB-KS	1.1.3.1. Memantau pencapaian indikator SPM KB-KS di kabupaten/kota	Adanya pemetaan pelaksanaan SPM KB-KS di tingkat kabupaten/kota	Bimbingan dan supervise di seluruh wilayah program	Bimbingan dan supervise serta telaah pelaksanaan kegiatan	Laporan hasil pemetaan dan bimbingan & supervise		Komponen BKKBN Pusat Kemenkes
	1.1.4. Menelaah peraturan perundangan yang terkait dengan praktik kedokteran dan pelayanan KB (bidan, CTU, dan topik lain)	1.1.4.1. Melakukan *desk review, in depth interview* dan *Focus Group Discussion*	Adanya dokumen hasil kajian	1 dokumen (policy brief)	1 dokumen (policy brief)	Laporan hasil kajian	Kemenkes, BKKBN	
	1.1.5. Menyelenggarakan pelayanan KB di fasilitas kesehatan	1.1.5.1. RS melaksanakan pelayanan KB Sempurna	Jumlah RS yang memberikan pelayanan KB Sempurna					
		1.1.5.2. RS melakukan registrasi Faskes Pemerintah	Jumlah RS yang melakukan registrasi Faskes Pemerintah (60.077 terdiri dari 766 RS, 9321 Puskesmas, 53.152 Poskesdes/ Polindes)	95% Faskes Pemerintah melakukan registrasi			Kemenkes Pusat Provinsi	BKKBN Dinkes Provinsi Dinkes Kab/Kota

Program Utama	Sub-Program	Kegiatan	Indikator	Target		Cara Verifikasi	Unit Penanggung Jawab	Pelaksana [Pusat, Provinsi, Kab/ Kota]
				2014	2015			
1. 2. Meningkatkan kapasitas manajerial penyelenggara Program KKB dan Pelayanan KB pada berbagai tingkat administratif	1.2.1 Melaksanakan pelatihan manajemen Program KKB bagi penyelenggara Program KKB pada berbagai tingkat administratif	1.2.1.1. Melaksanakan pelatihan manajemen Program KKB bagi penyelenggara Program KKB di tingkat provinsi dan kabupaten/kota	Dilatihnya pelaksana program di lapangan untuk bidang pengelolaan komoditas, sistem distribusi alokon dan sarana program	Dilaksanakan di 10 provinsi wilayah penyangga utama	Dilaksanakan di seluruh wilayah provinsi yang belum dicakup pada tahun 2014	Laporan bimbingan dan supervisi	BKKBN Bidang Supervisi	Pusat Provinsi
	1.2.2. Melakukan pelatihan manajemen Pelayanan KB bagi penyelenggara Pelayanan KB pada berbagai tingkat administratif	1.2.2.1. Penguatan MKJP bagi Provinsi	CPR provinsi meningkat	60,1% (2030 RS, 6871 RB dan 8674 Puskesmas)	60,1%	Laporan Minisurvei dan Survei RPJMN (BKKBN)	Dit. Bina Kesehatan Ibu BKKBN Bidang Latbang	BKKBN Dinkes Provinsi Dinkes Kab/kota
		1.2.2.2. Penggerakan MKJP	Jumlah SDM dalam melaksanakan penggerakan MKJP di provinsi dan kab/kota	7.871.980 akseptor MKJP				
		1.2.2.3. Pembinaan kesertaan KB MKJP bagi provider	Jumlah provider di Klinik KB per desa	1 Klinik KB per desa		Laporan bimbingan dan supervisi	BKKBN	BKKBN
1.3. Meningkatkan koordinasi antar berbagai unit kerja yang berkaitan dalam penyelenggara-an Pelayanan KB pada berbagai tingkat administratif	1.3.1. Menerbitkan SK Menteri terkait kerja sama pelayanan KB lintas sektor, maupun antar berbagai tingkat administratif.	1.3.1.1. Penyusunan materi	1 produk peraturan/ perundang-undangan (SK)	100%		Terbitan SK	BKKBN Pusat BIHOM	BKKBN Kemenkes
	1.3.2. Supervisi dan fasilitasi ke daerah	1.3.2.1. Supervisi dan dan Fasilitasi ke daerah dalam Peningkatan Cakupan dan Kualitas Pelayanan KB	Provinsi Fokus mendapat supervisi dan fasilitasi	2 kali setahun di seluruh wilayah provinsi penyangga utama	2 kali setahun di seluruh wilayah provinsi penyangga utama		Dit. Bina kesehatan Ibu BKKBN Pusat/ Provinsi Bidang Supervisi	Dit. Bina Kesehatan Ibu Pusat Auditor provinsi
	1.3.3. Peningkatan koordinasi Pelayanan KB	1.3.3.1. Rapat koordinasi LP/LS	Kesepakatan dan RTL	5 kali	5 kali	Laporan hasil pertemuan koordinasi	Dit.Bina Kesehatan Ibu Kedeputian KB dan KR Sestama (Bikup) KSPK ADPIN	Pusat Provinsi
1.4. Melakukan upaya advokasi secara sistematis dan efektif untuk memperoleh dukungan dan partisipasi berbagai kementerian dan lembaga pemerintah, organisasi non-pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, dan lembaga donor terhadap Program KKB	1.4.1. Mengembangkan strategi advokasi yang efektif untuk memperoleh dukungan dan partisipasi berbagai kementerian dan lembaga pemerintah, organisasi non-pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, dan lembaga donor terhadap Program KKB dan penyelenggaraan Pelayanan KB pada berbagai tingkat administratif.	1.4.1.1. Pengembangan isi pesan produksi materi KIE	Tersedianya materi advokasi menurut kelompok sasaran					

Program Utama	Sub-Program	Kegiatan	Indikator	Target		Cara Verifikasi	Unit Penanggung Jawab	Pelaksana [Pusat, Provinsi, Kab/ Kota]
				2014	2015			
dan penyelenggaraan Pelayanan KB pada berbagai tingkat administratif.	1.4.2. Menyiapkan bahan advokasi yang efektif untuk memperoleh dukungan dan partisipasi berbagai kementerian dan lembaga pemerintah, organisasi non-pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, dan lembaga donor terhadap Program KKB dan penyelenggaraan Pelayanan KB pada berbagai tingkat administratif.	1.4.2.1. Melakukan analisis data dari berbagai sumber sebagai bahan advokasi					Litbangkes Litbang BKKBN Perguruan Tinggi	
	1.4.3. Melakukan advokasi yang efektif untuk memperoleh dukungan dan partisipasi berbagai kementerian dan lembaga pemerintah, organisasi non-pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, dan lembaga donor terhadap Program KKB dan penyelenggaraan Pelayanan KB pada berbagai tingkat administratif.	1.4.3.1. Melaksanakan sosialisasi Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana di Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit	Seluruh yankes dan RS	1005 di wilayah penyangga utama	100% seluruh wilayah yang belum terjangkau	Laporan kegiatan program	Dit. Bina Upaya Kesehatan Rujukan BKKBN	Bidang Supervisi dan Latbang BKKBN Pusat
Strategi 2:Peningkatan ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas Pelayanan KB di tingkat akar rumput, termasuk Pelayanan KIE dan Konseling								
2.1. Memastikan tersedianya berbagai sumber daya dalam jenis, jumlah dan mutu yang cukup untuk menyelengga-rakan Pelayanan KB yang bermutu, termasuk pelayanan KIE dan Konseling	2.1.1. Merencanakan, mengadakan, dan mengalokasikan tenaga dengan jumlah dan kualifikasi yang sesuai untuk menyelenggarakan Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE dan Konseling	2.1.1.1. Analisis situasi Klinik KB (K/O/KB) dan pemetaannya	Tersusunnya peta situasi Klinik KB menurut kapasitasnya	1 peta situasi di 10 provinsi penyangga utama	1 analisis lanjutan di wilayan yang belum tercakup	Data K/O/KB	BKKBN Pusat (Bidang KB, Ditlaptik, Dittifok)	BKKBN Pusat
	2.1.2. Merencanakan dan melaksanakan pelatihan tenaga pelaksana Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE, guna memastikan dikuasainya kompetensi yang dibutuhkan	2.1.2.1, Penyusunan rencana kebutuhan sesuai hasil analisis K/O/KB	Tersusunnya rencana kebutuhan penunjang pelaksanaan program KB 2014-2015	1 rencana aksi peningkatan Pelayanan KB di daerah	Terwujudnya 1 rencana aksi peningkatan Pelayanan KB di daerah		BKKBN Kemenkes Sektor terkait	
	2.1.3. Merencanakan dan mengadakan fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu memberikan Pelayanan KB yang bermutu, termasuk pelayanan KIE dan Konseling	2.1.3.1. Memperkuat pelayanan KB di fasilitas klinik statis (PKM, RS)	Jumlah fasyankes yang siap memberi Pelayanan KB SJSN	23.500 Faskes yang siap member pelayanan KB-SJSN		Laporan rutin Minisurvei Survei RPJMN	BKKBN Mitra terkait	

Program Utama	Sub-Program	Kegiatan	Indikator	Target 2014	Target 2015	Cara Verifikasi	Unit Penanggung Jawab	Pelaksana [Pusat, Provinsi, Kab/ Kota]
		2.1.3.2. Meningkatkan jumlah/proporsi Klinik KB (pemerintah dan swasta) yang memberikan pelayanan KB sesuai dengan SOP	Persentase Klinik KB (pemerintah dan swasta) yang memberikan pelayanan KB sesuai dengan SOP melalui mekanisme *informed choice* dan *informed consent*	100% Klinik KB (Pemerintah dan swasta)		Laporan rutin K/O/KB	Kemenkes BKKBN	
		2.1.3.3. Mengembangkaan *pooling system* untuk wilayah dengan calon akseptor yang sedikit	Terlayaninya calon akseptor di daerah galcitas			Laporan rutin Laporan Bimbingan dan Supervisi BKKBN		
	2.1.4. Merencanakan, mengadakan dan mendistribusikan peralatan medik dengan jenis, jumlah dan mutu yang cukup untuk menyelenggarakan Pelayanan KB, KIE dan konseling.	2.1.4.1. Memenuhi kebutuhan sarana dan prasarana	Jumlah fasilitas kesehatan dasar yang memiliki sarana-prasarana Pelayanan KB					
			Jumlah sarana Pelayanan KB yang didistribusikan ke klinik KKB (BKKBN):	63.139 klinik		K/O/KB		
			Jumlah fasilitas kesehatan rujukan yang memiliki sarana Pelayanan KB			K/O/KB		
			- Implant Kit					
			- VTP Kit					
			- Dry sterilisator					
			- Laparoskopi dengan monitor					
			- Laparoskopi tanpa monitor					
		2.1.4.2. Memenuhi kebutuhan sarana dan prasarana Pelayanan KB	CPR meningkat, melalui terpenuhinya sarana dan prasarana di fasyankes	63.139 klinik		K/O/KB Bimbingan dan supervisi Program KB	BKKBN	
		2.1.4.3. Penyusunan buku pedoman logistik alokon	Tersedianya Buku pedoman logistik alokon	1 buah		Bimbingan dan supervisi Program KB	Dit. Bina Kesehatan Ibu	

Program Utama	Sub-Program	Kegiatan	Indikator	Target 2014	Target 2015	Cara Verifikasi	Unit Penanggung Jawab	Pelaksana [Pusat, Provinsi, Kab/ Kota]
	2.1.5. Merencanakan, mengadakan dan mendistribusikan bahan dan alat bantu dengan jenis, jumlah dan mutu yang cukup untuk menyelenggarakan pelayanan KIE dan Konseling	2.1.5.1. Menyediakan KIE kit dan ABPK	Terpenuhinya kebutuhan melalui DAK dan ABPK			Bimbingan dan supervisi Program KB	BKKBN	
		2.1.5.2. Menyediakan ABPK	Tersedianya buku ABPK	500 eks shg tiap PKM memiliki buku ABPK			Dit. Bina Kesehatan Ibu	Kemenkes
		2.1.5.3. Meningkatkan SDM dengan pelatihan medis teknis, KIP Konseling dan ABPK	Adanya SDM untuk melaksanakan pemberian konseling KB					
	2.1.6. Merencanakan, mengadakan dan mendistribusikan alat dan obat kontrasepsi dengan jenis, jumlah dan kualitas yang cukup untuk menyelenggarakan Pelayanan KB	2.1.6.1. Menyediakan alat dan obat kontrasepsi di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan	Jumlah fasyankes yang menyediakan alat dan obat kontrasepsi	23,500 faskes yang teregistrasi		F/V/KB K/O/KN	BKKBN	Pusat Provinsi
			Tersedianya *handling cost* untuk pendistribusian alokon ke seluruh pusat pelayanan KB	Setiap BKKBN provinsi tersedia *handling cost*		Tersedia juknis *handling cost*	BKKBN	BKKBN Provinsi SKPD Kab/kota
			USER (PA) (7 provinsi khusus seluruh PUS dibiayai)					
			- IUD					
			- MOP					
			- MOW					
			- IMPLANT					
			- SUNTIK					
			- PIL					
			- KONDOM					
		2.1.6.2. Optimalisasi peran Tim Jaminan Ketersediaan Kontrasepsi (Tim JKK) dalam mekanisme distribusi alokon yang dinamis antar faskes di kab/kota	Tidak terjadinya stok nol di fasyankes melalui tupoksi Tim JKK Seluruh provinsi terbentuk Tim JKK 5 kab/kota dtiap provini terbentuk TimJKK	33 provinsi		SK provinsi SK Bupati/kota	BKKBN	
		2.1.6.3. Menyediakan alokon gratis bagi seluruh PUS	Tersedianya alokon bagi PUS					

Program Utama	Sub-Program	Kegiatan	Indikator	Target 2014	Target 2015	Cara Verifikasi	Unit Penanggung Jawab	Pelaksana [Pusat, Provinsi, Kab/ Kota]
		2.1.6..4 . Menyusun dan menguji coba *supply chain system* alat dan obat kontrasepsi	Terlaksananya ujicoba *supply chain system* alat dan obat kontrasepsi	4 Kab yang telah memiliki BKKBD			BKKBN	
	2.1.7. Merencanakan dan melaksanakan upaya pengendalian mutu Pelayanan KB pada berbagai tingkat administratif.	2.1.7.1. Membentuk Tim Jaga Mutu (TJM) di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota	Terbentuknya Tim Jaga Mutu di tingkat provinsi dan minimal 1 kab/kota tiap provinsi	33 provinsi 1 kab/kota tiap provinsi			BKKBN	
		2.1.7.2. Melaksanakan intensifikasi surveilens pasca pelayanan	Terlaksananya surveilans pasca pelayanan	33 provinsi (497 kab/ kota)			BKKBN	
		2.1.7.3. Monev Pasca pelatihan KB PP	Peserta latih KB PP yang melakukan pelayanan KB PP di tempatnya bertugas	5 kab/kota di 3 provinsi			Dit. Bina kesehatan Ibu	
		2.1.7.4. Orientasi Pencatatan dan pelaporan KB	Jumlah fasyankes yang melaksanakan pencatatan dan pelaporan (Kohort KB)	Seluruh Puskesmas			Dit. Bina kesehatan Ibu	
2.2. Memastikan seluruh penduduk mampu menjangkau dan mendapatkan Pelayanan KB yang dibutuhkan, termasuk pelayanan KIE dan Konseling.	2.2.1. Menyelenggarakan Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE dan Konseling, di fasilitas pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau oleh masyarakat.	2.2.1.1. Pelayanan ANC termasuk konseling pelayanan KB	Cakupan K1 dan K4	K1:95% K4: 90%	K1:95% K4: 90%		Kemenkes	Kemenkes, Dinkes Prov, Dinkes Kab/kota
	2.2.2. Menyelenggara-kan *outreach services* untuk menjangkau penduduk yang tidak mudah menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE dan Konseling.	2.2.2.1. Kegiatan pelayanan KB wilayah khusus dan melalui kegiatan momntum	Terlaksanakan kegiatan KB di wilayah galcitas, kumuh perkotaan, KB perusahaan			F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN		
	2.2.3. Menyelenggara-kan Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE dan Konseling, dengan harga yang terjangkau oleh daya beli masyarakat.	2.2.3.1. Penggerakan dan pembinaan akseptor di lapangan melalui petugas lini lapangan	Terselenggaranya pelayanan KB melalui pelayanan statis dan wilayah khusus			F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN		
	2.2.4. Menyelenggarakan jaminan pembiayaan bagi masyarakat miskin untuk memperoleh Pelayanan KB, termasuk pelayanan KIE dan Konseling.	2.2.4.1. Pelayanan KB dalam JKN	Ibu bersalin yang mendapat PBI dalam JKN memperoleh Pelayanan KB	60%	65%			

Program Utama	Sub-Program	Kegiatan	Indikator	Target 2014	Target 2015	Cara Verifikasi	Unit Penanggung Jawab	Pelaksana [Pusat, Provinsi, Kab/ Kota]
Strategi 3: Peningkatan permintaan Pelayanan KB melalui perubahan nilai tentang jumlah anak ideal dalam keluarga								
3.1. Menyeleng-garakan pelayanan KIE dan Konseling secara sistematis, efektif dan bermutu untuk menanamkan nilai "2 anak cukup", meningkatkan pemahaman tentang pentingnya pencegahan "4 terlalu" dan penerimaan terhadap pemakaian kontrasepsi.	3.1.1. Mengembangkan dan menyosialisasikan strategi dan metode pelayanan KIE yang sistematik dan efektif untuk menanamkan nilai "2 anak cukup", meningkatkan pemahaman tentang pentingnya pencegahan "4 terlalu" dan penerimaan terhadap pemakaian kontrasepsi.	3.1.1.1. Peningkatan pelaksanaan KIE KB wawanmuka, Penggerakan dan pembinaan akseptor di lapangan melalui petugas lini lapangan	CPR 60,1%			F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN		
	3.1.2. Mengembangkan, mengadakan dan mendistribusikan alat bantu pelayanan KIE yang efektif untuk menanamkan nilai "2 anak cukup", meningkatkan pemahaman tentang pentingnya pencegahan "4 terlalu" dan penerimaan terhadap pemakaian kontrasepsi.	3.1.2.1. Peningkatan pelaksanaan KIE KB wawanmuka, Penggerakan dan pembinaan akseptor di lapangan melalui petugas lini lapangan				F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN		
	3.1.3. Mengembangkan pemahaman mengenai kesehatan kehamilan, bersalin, nifas ,KB serta komplikasi kehamilan dan pencegahannya melalui pemberdayaan peran Bidan, kader dan masyarakat.	3.1.3.1. Melaksanakan Kelas Ibu Hamil					Kemenkes	Dinkes Bidan Kader
		3.1.3.2. Melaksanakan peningkatan pemahaman pentingnya ANC, konseling Kespro bagi ibu hamil dan KB pascapersalinan	Terselenggaranya konseling ANC, Kespro dan KB Pascapersalinan	80%	100%		Kemenkes BKKBN	Pusat Provinsi Kab/Kota
		3.1.3.3. Pengembangan promosi dan konseling Kespro melalui materi KIE Kespro	Tersedianya materi promosi dan konseling Kespro di faskes	23.500 klinik			Kemenkes BKKBN	Pusat Provinsi Kab/Kota
		3.1.3.4. P4K	Desa yang melaksanankan P4K				Kemenkes	Dinkes Bidan Kader
		3.1.3.5.PKRE	Jumlah kabupaten yang memiliki minimal 4 Puskesmas mampu PKRET	100%	100%	Laporan rutin	Dit. Bina Kes. Ibu	

Program Utama	Sub-Program	Kegiatan	Indikator	Target		Cara Verifikasi	Unit Penanggung Jawab	Pelaksana [Pusat, Provinsi, Kab/ Kota]
				2014	2015			
3.2. Melibatkan tokoh-tokoh agama, tokoh-tokoh adat dan tokoh-tokoh masyarakat lainnya dalam menanamkan nilai "2 anak cukup", meningkatkan pemahaman tentang pentingnya pencegahan "4 terlalu" dan penerimaan terhadap pemakaian kontrasepsi.	3.2.1. Melakukan kegiatan KIE kepada pemangku kepentingan terkait dan tokoh-tokoh masyarakat secara sistematik dan efektif untuk menanamkan nilai "2 anak cukup", meningkatkan pemahaman tentang pentingnya pencegahan "4 terlalu" dan penerimaan terhadap pemakaian kontrasepsi.	3.2.1.1. Peningkatan pelaksanaan KIE KB wawanmuka. Penggerakan dan pembinaan akseptor di lapangan melalui petugas lini lapangan				F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN		
	3.2.2. Bersama-sama dengan pemangku kepentingan terkait dan tokoh-tokoh masyarakat melaksanakan pelayanan KIE secara sistematik dan efektif untuk menanamkan nilai "2 anak cukup", meningkatkan pemahaman tentang pentingnya pencegahan "4 terlalu" dan penerimaan terhadap pemakaian kontrasepsi.	3.2.2.1. Peningkatan pelaksanaan KIE KB wawanmuka. Penggerakan dan pembinaan akseptor di lapangan melalui petugas lini lapangan				F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN		
	3.2.3. Menyiapkan lapangan untuk penggerakan calon akseptor dan PA	3.2.3.1. Menyediakan peta PUS	Tersedianya peta PUS di setiap dukuh/dusun,					
		3.2.3.2. Menggerakkan KIE dan konseling wawan muka	KIE wawan muka melalui poktan					
	3.2.4. Membina peserta KB baru dan PA (ulangan)	3.2.4.1. Menyebarkan informasi melalui berbagai media	Terlaksananya KIE melalui media elektronik, media cetak, dan media tradisional					
		3.2.4.2. Meningkatkan dukungan penggerakan lini lapangan	Tersedianya biaya operasional untuk penggerakan akseptor KB					
	3.2.5. Pemantauan dan pelaporan	3.2.5.1, Mengembangkan sistem pelaporan pelayanan kontrasepsi	Tersedianya data dan informasi pelayanan alkon melalui laporan rutin, kajian, dan supervisi					
		3.2.5.2. Mengembangkan sistem informasi manajemen logistik (LMIS)	Tersedianya Logistic Management Information System (LMIS)					

Program Utama	Sub-Program	Kegiatan	Indikator	Target		Cara Verifikasi	Unit Penanggung Jawab	Pelaksana [Pusat, Provinsi, Kab/ Kota]
				2014	2015			
4.1. Meningkatkan partisipasi pria dalam Program KB.	4.1.1. Meningkatkan promosi dan KIE tentang peningkatan partisipasi pria dalam Program KB	4.1.1.1. Mengembangkan materi promosi dan KIE tentang partisipasi pria (termasuk promosi kondom dual protection) dalam Program KB dengan pengembangan isi pesan sesuai budaya lokal	Tersedianya ateri promosi dan KIE tentang peningkatan partisipasi pria dalam Program KB yang efektif	Kesertaan KB Pria menjadi 2,9%	Kesertaan KB Pria menjadi 3%	F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN	BKKBN Kemenkes	Ditjalsus Dit. Bina Kesehatan Ibu Kemenkes Biro KURAIS Kemenag MUI Dewan Masjid Indonesia FAPSEDU Bidang KB BKKBN Provinsi Dinkes Provinsi SKPD-KB Kab/Kota Dinkes Kab/Kota
			Tersedianya materi advokasi tentang peningkatan partisipasi pria dalam Program KB bagi Toga/Toma dan para pemangku kepentingan	Kesertaan KB Pria menjadi 2,9%	Kesertaan KB Pria menjadi 3%	F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN	BKKBN Kemenkes	Ditjalsus Dit. Bina Kesehatan Ibu Kemenkes Biro KURAIS Kemenag MUI Dewan Masjid Indonesia FAPSEDU Bidang KB BKKBN Provinsi Dinkes Provinsi SKPD-KB Kab/Kota Dinkes Kab/Kota
	4.1.2. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan KB pria vasektomi	4.1.2.1.Mengembangkan sistem rujukan komprehensif pelayanan KB pria vasektomi	Tersedianya sistem rujukan komprehensif pelayanan KB pria vasektomi di setiap kab/ kota	50% provider di kab/ kota di 10 provinsi penyangga utama mampu memberikan pelayanan KB pria vasektomi yang berkualitas	100% provider di kab/ kota di 10 provinsi penyangga utama mampu memberikan pelayanan KB pria vasektomi yang berkualitas	F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN	BKKBN Kemenkes	Ditjalsus Ditjalpem Dir. BUK IAUI PKMI Dinkes Kab/Kota
	4.1.3. Meningkatkan akses pembiayaan pelayanan KB pria	4.1.3.1. Mengembangkan sistem pembiayaan pelayanan KB pria vasektomi yang efektif	Tersedianya sistem pembiayaan pelayanan KB pria vasektomi yang efektif di setiap kab/kota di 10 provinsi penyangga utama	75% provider pemberi pelayanan KB pria vasektomi di kab/kota di 10 provinsi penyangga utama menjadi jejaring BPJS Kesehatan	100% provider pemberi pelayanan KB pria vasektomi di kab/ kota di 10 provinsi penyangga utama menjadi jejaring BPJS Kesehatan	F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN	BKKBN Kemenkes	Ditjalsus Ditjapem Dir P2JK Kemenkes BPJS Kesehatan BKKBN Provinsi SKPD KB Kab/Kota Pemerintah Kab/ Kota

Program Utama	Sub-Program	Kegiatan	Indikator	Target		Cara Verifikasi	Unit Penanggung Jawab	Pelaksana [Pusat, Provinsi, Kab/ Kota]
				2014	2015			
Strategi 4: Penurunan *unmet need* melalui peningkatan akses, konseling, dan penguatan KB pasca-persalinan serta penurunan ketiberlangsungan penggunaan kontrasepsi melalui peningkatan penggunaan MKJP dan pembinaan KB								
4.1. Mencegah terjadinya unmet need dan meningkatkan penggunaan MKJP melalui peningkatan pengetahuan tentang pemilihan metode kontrasepsi rasional	4.1.1. Mengembangkan metode pelayanan konseling untuk meningkatkan pengetahuan calon akseptor/akseptor tentang pemilihan metode kontrasepsi rasional.	4.1.1.1. Penggerakan fungsi Petugas Lapangan/ Kader sebagai konselor sederhana. Upaya meningkatkan peran bidan sebagai konselor.						
		4.1.1.2. Peningkatan pelayanan KB pascapersalinan dan pascakeguguran	Jumlah faskes yang melaksanakan pelayanan KB pascapersalinan dan pasacakeguguran	23.500 Klinik KB	Semua faskes yang telah teregistrasi	F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN Laporan rutin		
	4.1.2. Mengembangkan, mengadakan dan mendistribusikan alat bantu pelayanan konseling untuk meningkatkan pengetahuan calon akseptor/akseptor tentang pemilihan metode kontrasepsi rasional.	4.1.2.1. Menyediakan materi konseling	Jumlah kurikulum dan modul bahan belajar bagi dokter, bidan, petugas lapangan			F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN		
		4.1.2.2. Mengembangkan materi konseling sederhana untuk petugas lapangan KB (petugas non-medis)	Jumlah kurikulum dan modul bahan belajar bagi dokter, bidan, petugas lapangan			F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN		
	4.1.3. Reorientasi pentingnya MKJP dan KB Pasca persalinan	4.1.3.1. Memroduksi materi KIE KB-MKJP	Tersedianya berbagai materi KIE KB-MKJP			F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN Bimbingan dan Supervisi		
		4.1.3.2. Mengembangkan materi KIE sederhana untuk petugas lapangan KB (petugas non-medis)	Tersedianya berbagai materi KIE KB-MKJP			F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN Bimbingan dan Supervisi		
		4.1.3.3. Memroduksi materi Konseling KB-MKJP	Tersedianya materi Konseling KB-MKJP			F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN Bimbingan dan Supervisi		
		4.1.3.4. Mengembangkan materi konseling sederhana untuk petugas lapangan KB (petugas non-medis)	Tersedianya materi Konseling KB-MKJP			F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN Bimbingan dan Supervisi		

Program Utama	Sub-Program	Kegiatan	Indikator	Target		Cara Verifikasi	Unit Penanggung Jawab	Pelaksana [Pusat, Provinsi, Kab/ Kota]
				2014	2015			
	4.1.4. Meningkatkan kemampuan konseling tentang manfaat alkon khususnya IUD dan implant.	4.1.4.1. Meningkatkan kapasitas petugas dalam konseling melalui TOT e-learning bagi dokter atau bidan	Jumlah dokter atau bidan yang sudah mengikuti TOT e-learning					
		4.1.4.2. Meningkatkan kapasitas petugas dalam konseling melalui TOT e-learning bagi penyuluh	Jumlah penyuluh yang sudah mengikuti TOT e-learning					
		4.1.4.3. Melaksanakan pelatihan e-learning	Jumlah peserta yang sudah mengikuti pelatihan e-learning					
		4.1.4.4. Meningkatkan kemampuan konseling dokter	Jumlah dokter yang ditingkatkan kemampuan konselingnya					
		4.1.4.5. Meningkatkan kemampuan konseling bidan	Jumlah bidan yang ditingkatkan kemampuan konselingnya					
		4.1.4.6. Meningkatkan kemampuan konseling PLKB	Jumlah PLKB yang ditingkatkan kemampuan konselingnya					
		4.1.4.7. Meningkatkan kemampuan konseling PPKBD	Jumlah PPKBD yang ditingkatkan kemampuan konselingnya					
		4.1.4.8. Meningkatkan kemampuan konseling Sub-PPKBD	Jumlah Sub-PPKBD yang ditingkatkan kemampuan konselingnya					
		4.1.4.9. Meningkatkan kemampuan konseling Kader PKK	Jumlah Kader PKK yang ditingkatkan kemampuan konselingnya					
		4.1.4.10. Technical assistance sharing experiences	Jumlah tenaga pengelola Pelayanan KB yang terupdate dengan teknologi internasional					
			Jumlah expert meeting tentang program KKB di Indonesia					

Program Utama	Sub-Program	Kegiatan	Indikator	Target 2014	Target 2015	Cara Verifikasi	Unit Penanggung Jawab	Pelaksana [Pusat, Provinsi, Kab/ Kota]
	4.1.5. Melaksanakan konseling guna meningkatkan pengetahuan calon akseptor/ akseptor tentang pemilihan metode kontrasepsi rasional.							
4.2. Menurunkan kejadian efek samping melalui pelaksanaan Pelayanan KB yang bermutu dan memastikan ditanggulangi-nya kejadian efek samping secara cepat dan tepat	4.2.1. Meningkatkan keterampilan tenaga kesehatan dalam memberikan Pelayanan KB	4.2.1.1. Melaksanakan Pelatihan CTU pada Dokter	Jumlah Dokter terlatih CTU					
		4.2.1.2. Melaksanakan Pelatihan MOP pada Dokter	Jumlah Dokter terlatih MOP					
		4.2.1.3. Melaksanakan Pelatihan MOW pada Dokter	Jumlah Dokter terlatih MOW					
		4.2.1.4. Melaksanakan Pelatihan CTU pada Bidan	Jumlah Bidan terlatih CTU					
		4.2.1.5. Melaksanakan Pelatihan KIP/K pada Bidan	Jumlah Bidan terlatih KIP/K					
		4.2.1.6. Pelatihan KB Pasca Persalinan bagi Fasilitas Kesehatan	Faskes yang telah dilatih KBPP	1,514 Faskes (total 2838 faskes)		Laporan hasil pelatihan	Kemenkes	Kemenkes Dinkes BKKBN
		4.2.1.7. Melaksanakan Pelatihan CTU bagi dokter dan bidan					BKKBN	
		4.2.1.8. Melaksanakan Pelatihan ABPK bagi bidan dan kader					BKKBN	
		4.2.1.9. Melaksanakan Pelatihan Pelatih CTU dan KIP/K	Pembentukan Tim Pelatih CTU dan KIP/K di tingkat provinsi	Terbentuk tim di 33 provinsi			Kemenkes BKKBN	PP IBI
		4.2.1.10. Melaksanakan Pelatihan CTU dan KIP/K bagi Bidan Praktek Mandiri (BPM)	Jumlah BPM yang terlatih CTU dan KIP/K		10% (3500) dari BPM tercatat		Kemenkes BKKBN	PP IBI
		4.2.1.11. Melaksanakan rekrutmen BPM menjadi Bidan Delima	Jumlah BPM yang menjadi Bidan Delima	1200	1350		Kemenkes BKKBN	Unit Pelaksana Bidan Delima PP IBI
	4.2.2. Meningkatkan kemampuan pelatih dalam memberikan pelatihan Pelayanan KB	4.2.2.1. Melaksanakan TOT medis teknis bagi dokter	Jumlah Pelatih medis teknis bagi Dokter					
		4.2.2.2. Melaksanakan Pelatihan TOT medis teknis bagi bidan	Jumlah Pelatih medis teknis bagi Bidan					

Program Utama	Sub-Program	Kegiatan	Indikator	Target 2014	Target 2015	Cara Verifikasi	Unit Penanggung Jawab	Pelaksana [Pusat, Provinsi, Kab/ Kota]
	4.2.3. Meningkatkan kapasitas tenaga pendidik dalam memberikan pendidikan pelayanan KB	4.2.3.1. Melaksanakan pelatihan peningkatan kapasitas tenaga pendidik dalam pelayanan KB	Jumlah tenaga pendidik yang ditingkatkan kemampuannya dalam memberikan pendidikan pelayanan KB					
	4.2.4. Menjamin mutu Pelayanan KB	4.2.4.1. Meningkatkan pelaksanaan supervisi fasilitatif	Jumlah Puskesmas yang melaksanakan supervisi fasilitatif	497	497	Laporan UKP4	Dit. Bina Kesehatan Ibu	Dinkes Kab/kota
		4.2.4.2. Menyusun instrumen Monev KB di RS					Dit. BUK Rujukan	
		4.2.4.3. Implementasi Standar dan Pedoman Asuhan Kebidanan di RS, PKM, Bidan di Desa dan BPM	Jumlah RS dan Puskesmas yang menerapkan standar pedoman asuhan kebidanan	PKM 640 RS 122	PKM 700 RS 135	Laporan Rutin	Dit. Bina Pelayanan Keperawat-an dan Keteknisian Medik	Kemenkes Dinkes Prov Dinkes Kab/kota
	4.2.5. Memantapkan asuhan kebidanan KB MKJP (IUD dan susuk KB) di RS dan Puskesmas	4.2.5.1. Melaksanakan pertemuan dengan berbagai pemangku kepentingan di tingkat kabupaten/kota, bidan koordinator, bidan pelaksana, dan Bidan Praktik Mandiri	Terlaksananya pertemuan dengan pemangku kepentingan	40 kali pertemuan	40 kali pertemuan	Laporan kegiatan	Subdit Kebidanan Dit. Binyanwat dan KM	Kemenkes
		4.2.5.2. Memantapkan penggunaan MKJP melalui asuhan kebidanan terintegrasi PMK dalam pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di RS, Puskesmas dan Jaringannya	Jumlah RS dan Puskesmas yang menerapkan asuhan pelayanan KB	PKM 640 RS 122	PKM 700 RS 135	Laporan Rutin	Subdit Kebidanan Dit. Binyanwat dan KM	Kemenkes Dinkes Provinsi Dinkes Kab/kota
4.3. kepatuhan akseptor terhadap standar pemakaian kontrasepsi melalui pelayanan konseling yang bermutu.	4.3.1. Mengembangkan metode pelayanan konseling untuk meningkatkan kepatuhan calon akseptor/akseptor terhadap standar pemakaian kontrasepsi.							
	4.3.2. Mengembangkan, mengadakan dan mendistribusian alat bantu pelayanan konseling untuk meningkatkan kepatuhan calon akseptor/akseptor terhadap standar pemakaian kontrasepsi							
	4.3.3. Melaksanakan konseling guna meningkatkan kepatuhan calon akseptor/akseptor terhadap standar pemakaian kontrasepsi.	4.3.3.1. Melaksanakan pelayanan KB untuk semua metode dengan basis konseling	Jumlah akseptor aktif dan baru yang dilayani oleh Klinik PKBI se-Indonesia			Laporan hasil pelayanan	PKBI Pusat up PO SRH dan HIV-AIDS	22 PKBI Daerah/ Provinsi dan 9 PKBI Cabang Kab/Kota

Program Utama	Sub-Program	Kegiatan	Indikator	Target		Cara Verifikasi	Unit Penanggung Jawab	Pelaksana [Pusat, Provinsi, Kab/ Kota]
				2014	2015			
	4.3.3. Memberikan perlindungan untuk kegagalan kontrasepsi	4.3.3.1. Memberikan layanan kehamilan yang tidak diinginkan dengan berbasis konseling	Jumlah peserta yang mendapatkan pelayanan			Laporan hasil pelayanan	PKBI Pusat up PO SRH dan HIV-AIDS	12 Klinik di PKBI Daerah/ Provinsi dan 3 klinik di PKBI Cabang Kab/Kota
Strategi 5: Penurunan kejadian kehamilan pada remaja usia 15-19 tahun melalui pendewasaan usia nikah dan peningkatan pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi Remaja								
5.1. Meningkatkan jangkauan dan kualitas Pelayanan KIE dan Konseling bagi remaja untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku berkaitan dengan Kesehatan Reproduksi dan perencanaan berkeluarga.	5.1.1. Mengembangkan strategi dan metode pelayanan KIE dan Konseling yang sistematis dan efektif untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku remaja berkaitan dengan Kesehatan Reproduksi dan perencanaan berkeluarga.	5.1.1.1.Pelaksanaan PKPR	Persentase Kab/Kota dengan Puskemas mampu PKPR	90% Kab/kota	92% Kab/kota	Laporan Rutin	Dit. Bina Kes. Anak	Dinkes Provinsi, Dinkes kab/kota
			Jumlah sekolah dasar yang melaksanakan penjaringan UKS	95% sekolah dasar		Laporan Rutin	Dit. Bina Kes. Anak	Dinkes Provinsi, Dinkes kab/kota
	5.1.2. Mengembangkan, mengadakan dan mendistribusikan alat bantu pelayanan KIE dan Konseling untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku remaja berkaitan dengan Kesehatan Reproduksi dan perencanaan berkeluarga.	5.1.2.1. Kegiatan Youth Center	Jumlah dan jenis media KIE yang diproduksi			Hasil laporan pelayanan	PKBI Pusat up PO Remaja	24 Youth Center di 24 provinsi
		5.1.2.2. Pengembangan materi dan sarana KIE untuk petugas lapangan				F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN Bimbingan dan Supervisi		
	5.1.3. Bersama-sama dengan pemangku kepentingan terkait dan tokoh-tokoh masyarakat menyelenggarakan pelayanan KIE dan Konseling untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku remaja berkaitan dengan Kesehatan Reproduksi dan perencanaan berkeluarga.	5.1.3.1. Kegiatan KIE Youth Center	Jumlah peserta kegiatan KIE			Hasil laporan pelayanan	PKBI Pusat up PO Remaja	24 Youth Center di 24 provinsi
		5.1.3.2. Pengembangan materi dan sarana KIE untuk petugas lapangan. Penguatan forum pembinaan kesertaan ber-KB dan pendidikan kesehatan reproduksi melalui kemitraan				F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN Bimbingan dan Supervisi		
	5.1.4. Meningkatkan peran remaja dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku dalam kesehatan reproduksi dan perencanaan berkeluarga	5.1.4.1. Memberikan layanan kontrasepsi kepada remaja yang sudah aktif seksual	Jumlah remaja yang mendapatkan layanan kontrasepsi			Hasil laporan pelayanan	PKBI Pusat up PO Remaja	4 Youth Center (Jabar, Bali, Sulut, DIY)
		5.1.4.2. Pengembangan materi dan sarana KIE untuk petugas lapangan. Penguatan forum pembinaan kesertaan ber-KB dan pendidikan kesehatan reproduksi melalui kemitraan				F/II/KB Minisurvei Survei RPJMN Bimbingan dan Supervisi		

KONTRIBUTOR

dr. Gita Maya Koemara Sakti, MHA (Direktur Bina Kesehatan Ibu);
dr. Agustin Kusumayati, MSc, PhD (Konsultan)
Dr. drg. IndangTrihandini, MKes (Konsultan)
dr. Wicaksono, M.Kes(Direktur Jalur Pemerintah BKKBN)
Drs.Satrio. P. Hindarto, MSc (Direktur Renduk BKKBN)
Dra. Sri Rahayu, MSi (Direktur Jalur Swasta BKKBN)
Ir. Ambar Rahayu, MNS (Kepala Biro Perencanaan BKKBN)
Drs.Yunus P. Noya, MSi (Direktur Advokasi dan KIE BKKBN)
Tin Afifah, SKM, MKM (Pusat Intervensi Teknologi Kesehatan Masyarakat Litbangkes)
Dra. Lieska P, MSc (Asdep Gender dalam Kesehatan, Kemeneg PP dan PA)
Sunarto, SH,MSi (Kasubdit Urusan Pemerintah II, Kemendagri)
drg. Kazarni (Kasubbid Pengembangan Jaringan P2JK)
dr. Suryono, SpOG (POGI)
Tuminah Wiratnoko, SIP, MM (IBI Pusat)
dr. Christina Manurung, MKM (Kasubdit Bina KB)
dr. Inti Mudjiati (Kasi Standarisasi Subdit Bina KB)
dr. Anantha Dian Tiara, MKM (Kasi Bimbingan dan Evaluasi Subdit Bina KB)
seluruh staf di Subdit Bina Keluarga Berencana.